**ALLEGATO 1** – Domanda di partecipazione avviso prot. ……………. del …………………………..

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. di CODOGNO

**AVVISO PUBBLICO**

**Progetto “EDUCAZIONE ALLA SALUTE”**

**PSICOMOTRICISTA**

**a.s. 2023/24**

IL/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

status professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede**

di partecipare alla selezione per l’individuazione di uno PSICOMOTRICISTA PROFESSIONALE:

* a titolo personale
* a nome dell'associazione   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                      (denominazione - recapito -partita IVA)

per la realizzazione del Progetto di PRATICA PSICOMOTORIA rivolto ad alunni frequentanti la Scuola dell’infanzia dell’Istituto Comprensivo di Codogno.

A tal fine dichiara di possedere titoli di studio e competenze professionali come da tabella seguente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titoli di studio e di formazione | Punti | *Totale punteggio**(a cura dell’interessato)* | *Riservato all’ufficio* |
| Corso triennale di Psicomotricista | 3 |  |  |
| Attestati di specializzazione, master e dottorati della durata non inferiore ad un anno rilasciati da istituti universitari statali o pareggiati che si allegano in copia*(1 punto per ogni titolo , massimo 5 punti)* | 1 |  |  |
| Competenze professionali |  |  |  |
| Attività svolta in progetti formativi attinenti al bando in oggetto, realizzati presso scuole statali o pareggiate della durata non inferiore alle 30 ore di cui si allega copia contratto*(1 punto per ogni attività fino ad un massimo di 10 punti)* | 1 |  |  |
| Totale punteggio |  |  |  |

Per la valutazione dei titoli di studio, **si allegano in copia** i seguenti attestati

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per la valutazione delle competenze professionali, **si allegano le seguenti copie** di contratto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità di :

⃞ essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

⃞ godere dei diritti civili e politici;

⃞ non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che

riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti

amministrativi iscritti nel casellario giudiziario;

⃞ essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali.

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario approntato dall'Istituto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.vo n.196/2003 e dell’art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

***INFORMATIVA ai sensi del D. Lgs. 196/30.06.2003***

Ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, La informiamo che:

- i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istruttoria dell’istanza presentate per le finalità strettamente connesse

- il trattamento dei dati viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaborati elettronici a disposizione degli uffici

- sono responsabili del procedimento gli operatori dell’Ufficio URP e Protocollo e dell’Ufficio Pubblica Istruzione

- è possibile esercitare il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e cancellazione dei dati rivolgendosi all’indirizzo specificato.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_