MODELLO A - Educatore Professionale - L.R.27/85- Diritto allo studio 2018/2019

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Statale “Leonetti senior”

Oggetto: Richiesta di partecipazione al Bando di Selezione Pubblica per il reclutamento di **nove unità** di Educatore Professionale per supporto agli alunni diversamente abili dell’IC “Leonetti senior” di Schiavonea e di **una unità** di Educatore Professionale per supporto agli alunni diversamente abili dell’IC “Leonetti senior” di Schiavonea con titolo di specializzazione per alunni ipovedenti– Progetto L.R. 27/ 85 – Diritto allo Studio 2015

Il /La sottoscritt a/o

Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a in via tel/cell

**CHIEDE**

di essere ammess\_ alla procedura di selezione dell’Educatore Professionale. A tal fine dichiara di :

* Avere cittadinanza Italiana.
* Avere un’età non inferiore ai 18 anni;
* Godere dei diritti politici e civili;
* Non essere stato destituito o dispensato dall’’impiego presso una P.A., né trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità;
* Non aver riportato condanne penali, né avere procedimenti penali in corso che precludano la costituzione del rapporto di pubblico impiego;
* Essere idoneo/a fisicamente all’impiego e di non essere non vedente.
* Essere disponibile a supportare gli alunni “H”. dell’IC “Leonetti senior” di Schiavonea di accettare la possibilità che l’IC “Leonetti senior” di Schiavonea possa risolvere unilateralmente il contratto prestazionale, in qualsiasi momento, qualora la prestazione non dovesse rendersi vantaggiosa per gli alunni assistiti.

Dichiara, inoltre, i seguenti titoli ed esperienze professionali utili per la valutazione e per stilare la graduatoria di merito:

Allega:

* + Curriculum Vitae firmato;
  + Documento d’identità in copia;
  + Griglia autovalutazione **Modello B o B1** per ipovedenti**.**

Data

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_