

ALLEGATO A - DOMANDA PER IL RECLUTAMENTO DI FIGURE SPECIALISTICHE L.R. 27/85

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. MARIA GRAZIA CUTULI- CROTONE

Il/la sottoscritt_.....nat_ a(.....) il residente a
.....(.....) in via/piazzan....
CAP.....Telefono.....Cell.....e-mail

Codice Fiscale Titolo di studio:

CHIEDE

di partecipare al bando, di cui all'oggetto, per l'attribuzione dell'incarico di **figura specialistica** per alunni con disabilità:

Educatore

Educatore esperto in Autismo

Logopedista

DICHIARA

1. di essere cittadino italiano o di un paese membro dell'Unione Europea;
2. di avere età non inferiore ai 18 anni e non superiore a quella prevista dalla normativa vigente per il collocamento a riposo;
3. di essere a conoscenza della lingua italiana;
4. di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza;
5. di essere in possesso, fatta eccezione per la titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;
6. di non aver riportato condanne penali né di essere a conoscenza di qualsiasi procedimento penale a proprio carico;
7. di non essere stato destituito da pubblico impiego;
8. di non trovarsi in alcuna posizione di incompatibilità con pubblico impiego;
9. di non aver ricevuto, nel corso della propria attività, più di due contestazioni attinenti a scarsa ed inadeguata capacità professionale e/o relazionale; mancato rispetto degli orari assegnati;
10. di essere fisicamente idoneo tenuto conto delle norme di tutela di cui all'art. 22 della Legge 104/92.

A tal fine alla presente allega:

- a. *Curriculum vitae* in formato europeo;
- b. Copia del documento d'identità;
- c. Scheda di valutazione titoli - *allegato B e/o B1*

N.B.: La domanda, priva degli allegati e/o della firma, non verrà presa in considerazione.

Il/la sottoscritta si impegna a non instaurare con gli utenti rapporti di collaborazione esterni o simili a quelli erogati dall'istituto nonché la ricezione di compensi in denaro o regalo dagli utenti e a svolgere l'incarico senza riserve e secondo le indicazioni di progetto dell'Istituto proponente e autorizza codesto Istituto, per i soli fini istituzionali, al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti della L. 675/96 e successivi Regolamenti (D.lgs. 196 del 2003, Regolamento UE 2016/679, D.lgs.101 del 2018).

_____, li ____/____/____

Firma _____

Allegato B

SCHEDA DI VALUTAZIONE TITOLI (Educatore/Educatore Esperto in Autismo)

| TITOLO DI ACCESSO (si valuta un solo titolo) | Punteggio dichiarato dal candidato | Punteggio riservato alla Commissione |
|---|--|--|
| <p>LAUREE VECCHIO ORDINAMENTO Laurea in Scienze della Formazione Primaria Laurea vecchio ordinamento in Scienze dell'Educazione, Scienze dell'Educazione e della Formazione, Pedagogia o Psicologia</p> <p>LAUREE SPECIALISTICHE DELLA CLASSE 65/S Scienze dell'educazione degli adulti e della formazione continua 87/S Scienze pedagogiche 56/S Programmazione e gestione dei servizi educativi e formative 58/S Psicologia</p> <p>LAUREE MAGISTRALI DELLA CLASSE LM-57 Scienze dell'educazione degli adulti e della formazione continua LM-85 Scienze pedagogiche LM-50 Programmazione e gestione dei servizi educative LM-93 Teorie e metodologie dell'e-learning e della media education LM-51 Psicologia LM-55 Scienze cognitive</p> <p style="text-align: right;">(10 punti)</p> | | |
| <p>LAUREE TRIENNALI DELLA CLASSE L19 Scienze dell'Educazione e della Formazione L24 Scienze e Tecniche Psicologiche</p> <p style="text-align: right;">(6 punti)</p> | | |
| <p>Laurea vecchio ordinamento in Sociologia</p> <p>LAUREE SPECIALISTICHE DELLA CLASSE 57/S Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi Sociali 89/S Sociologia</p> <p>LAUREE MAGISTRALI DELLA CLASSE LM-87 Servizio Sociale e Politiche Sociali LM-88 Sociologia e Ricerca Sociale</p> <p style="text-align: right;">(5 punti)</p> | | |
| <p>LAUREE TRIENNALI DELLA CLASSE L39 Servizio Sociale L40 Sociologia</p> <p style="text-align: right;">(4 punti)</p> | | |
| ALTRI TITOLI VALUTABILI | | |
| <p>Corso Tecnico del Comportamento Certificato (RBT) punto)</p> | (1 | |
| <p>Corso Tecnico ABA punti)</p> | (2 | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Attestato di qualifica Professionale di Assistente Educativo (rilasciato ex L. 845/1978) (1 punto) | | | |
| Percorso universitario di formazione al sostegno, successivo al conseguimento delle lauree richieste come titolo di accesso (2 punti) | | | |
| Corso di perfezionamento, Master universitario di I e II livello attinente al profilo richiesto (1500 ore, 60 cfu) <i>(si valuta un solo titolo)</i> (3 punti) | | | |
| TITOLI DI SERVIZIO I punti <i>(a)</i> e <i>(b)</i> non sono cumulabili per lo stesso periodo di tempo | | | |
| a. | Servizio specifico di Educatore degli alunni con disabilità presso Scuole statali e paritarie <i>(1 punto per ogni mese di servizio e/o frazione di mese superiore a 15 gg – max 10 punti)*</i> | | |
| b. | Servizio specifico di Educatore degli alunni con autismo presso Scuole statali o paritarie. <i>(1 punto per ogni mese di servizio e/o frazione di mese superiore a 15 gg – max 10 punti)*</i> | | |
| TOTALE PUNTEGGIO | | | |

**specificare nel curriculum vitae, di cui all'art. 3, data (giorno-mese-anno) di inizio e fine del servizio prestato*

Data, _____

FIRMA

Allegato B1

SCHEMA DI VALUTAZIONE TITOLI (LOGOPEDISTA)

| TITOLO DI ACCESSO (si valuta un solo titolo) | Punteggio dichiarato dal candidato | Punteggio riservato alla Commissione |
|--|--|---|
| Laurea triennale in logopedia o titolo equipollente con voto 110/110 e lode (10 punti) | | |
| Laurea triennale in logopedia o titolo equipollente da 105/110 a 109/110 (9 punti) | | |
| Laurea triennale in logopedia o titolo equipollente da 100/110 a 104/110 (8 punti) | | |
| Laurea triennale in logopedia o titolo equipollente da 95 a 99/110 (7 punti) | | |
| Laurea triennale in logopedia o titolo equipollente fino a 94/110 (6 punti) | | |
| ALTRI TITOLI VALUTABILI | | |
| Corso di perfezionamento, Master universitario di I e II livello attinente al profilo richiesto (1500 ore, 60 cfu) <i>(si valuta un solo titolo)</i> (3 punti) | | |
| Corso di perfezionamento, Master universitario di I e II livello sull'autismo (1500 ore, 60 cfu) <i>(si valuta un solo titolo)</i> (3 punti) | | |
| Corso di formazione o aggiornamento professionale attinente al profilo richiesto (1 punto per titolo – max 3 punti) | | |
| Percorso universitario di formazione al sostegno, successivo al conseguimento della laurea (2 punto) | | |
| TITOLI DI SERVIZIO I punti (a) e (b) non sono cumulabili per lo stesso periodo di tempo | | |
| a. Servizio specifico di Logopedista degli alunni con disabilità presso Scuole statali e paritarie (1 punto per ogni mese di servizio e/o frazione di mese superiore a 15 gg – max 10 punti)* | | |
| b. Servizio specifico di Logopedista degli alunni con autismo presso Scuole statali o paritarie. (1 punto per ogni mese di servizio e/o frazione di mese superiore a 15 gg – max 10 punti)* | | |

*specificare nel curriculum vitae, di cui all'art.3, data (giorno-mese-anno) di inizio e fine del servizio prestato.

ALLEGATO C - AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritta, Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Documento di riconoscimento _____ n° _____ del _____

Codice Fiscale _____

nell'accesso presso l'Istituto Scolastico "**Maria Grazia Cutuli**" sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue:

- Di non aver avuto un contatto stretto con paziente COVID negli ultimi 10 giorni;
- Di non aver avuto un contatto stretto con uno o più persone con febbre e/o sintomi respiratori (casa, ufficio, lavoro...) negli ultimi 10 giorni;
- Di non essere attualmente positivo al COVID 19 e di non essere stato sottoposto negli ultimi 10 giorni alla misura di isolamento fiduciario o di quarantena;

Di non presentare uno dei seguenti sintomi:

- Febbre e/o dolori muscolari diffusi;
- Sintomi delle alte e basse vie respiratorie: tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie;
- Sintomi gastro intestinali (diarrea, nausea, ecc.);
- Disturbi della percezione di odori e gusti (anosmia, disgeusia).

I/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone; pertanto presta il proprio esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID 19.

Il/La sottoscritto/a dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Luogo e data _____

Firma leggibile
