

ASSISTENTI ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA PER L'INTEGRAZIONE
SCOLASTICA DEI DISABILI SENSORIALI

Domanda di inserimento nell'albo degli assistenti alla comunicazione e all'autonomia per
l'integrazione scolastica dei disabili sensoriali, operanti nel territorio della provincia di Mantova

A Formazione Mantova - For.Ma. Servizio
Disabilità Sensoriale Mantova Via Lorenzo
Gandolfo, 13-46100 Mantova

Il/La sottoscritto/a

nato/a il

residente in..... Via N.....

Codice Fiscale.....

in qualità di legale rappresentante di

- Ente
- Associazione
- Cooperativa
- altro (specificare)

denominato/a

con sede in..... Via.....N ,

CAP telefono..... cellulare.....

mail..... fax

Partita Iva

Codice Fiscale.....

CHIEDE

di essere inserito/a nell'albo dei Fornitori di servizio per interventi di assistenza alla comunicazione
e all'autonomia per disabili sensoriali nel territorio della provincia di Mantova.

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere di cui all'articolo 75 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46, 75 e 76 - D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- 1) che la struttura rappresentata è operante nell'area della disabilità da almeno 3 anni;
- 2) che la struttura rappresentata possiede le risorse umane richieste dall'avviso.

Le risorse umane proposte sono le seguenti:

- 1. (Nome e Cognome)
- 2. (Nome e Cognome)
- 3. (Nome e Cognome)
- 4.....

Per ogni risorsa umana viene allegato il CV formato europeo che deve riportare: a) titolo

di studio:

diploma di maturità di

conseguito il..... presso.....

corso di formazione per disabilità uditiva conseguito presso

in data

corso di formazione per disabilità visiva conseguito presso.....

in data

laurea in.....

conseguita il..... presso l'Università

master specialistico

conseguito il..... presso l'Università

altro.....

2) esperienza maturata in qualità di assistente alla comunicazione e all'autonomia per disabilità

visiva uditiva

dal..... al

presso.....

dal..... al

presso.....

dal..... al

presso

3) di essere in possesso dei seguenti titoli di specializzazione:

master specialistico per assistenti alla comunicazione ed all'autonomia delle persone disabili sensoriali, conseguito il presso

- attestato specifico;
 - interprete LIS
 - attestato di conoscenza della lettura BRAILLE
 - attestato di conoscenza del metodo MALLOSSI
 - altro
- (specificare)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e agli effetti della Legge 196/03, autorizzo il trattamento dei dati personali da parte For.Ma. e dei collaboratori che svolgono attività ad essa correlate, mediante strumenti manuali ed elettronici. Dichiaro di aver preso visione del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali in particolare Art. Art. 13. Informativa, Art. 7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti, Art. 8. Esercizio dei diritti, Art. 9. Modalità di esercizio, Art. 10. Riscontro all'interessato, Art. 16. Cessazione del trattamento, Art. 23. Consenso

Dichiaro inoltre di essere informato/a che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e saranno utilizzati per gli adempimenti connessi allo svolgimento della procedura stessa e alla eventuale successiva gestione del rapporto di lavoro. Titolare del trattamento dei dati personali è il Direttore dott. Gabriele Martignoni.

Per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa?

- Presto il consenso Nego il consenso

Per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa?

- Presto il consenso Nego il consenso

Per la diffusione dei dati personali ai fini di un'eventuale assunzione?

- Presto il consenso Nego il consenso

Per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa?

- Presto il consenso Nego il consenso

Firma per accettazione

Allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante;
- copia dello statuto
- Esperienze maturate dal Fornitore nell'erogazione di servizi specifici e/o attinenti al Servizio - Allegato 2b
- curriculum/curricula vitae europeo delle risorse umane previste corredato/i dalla documentazione comprovante il possesso dei requisiti dichiarati.

In fede

Data

Firma