Allegato 1a

ASSISTENTI ALLA COMUNICAZIONE E ALL’AUTONOMIA PER L’INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEI

DISABILI SENSORIALI a.f. 2015/2016

Domanda di inserimento nella banca dati 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

CAP telefono cellulare

mail fax

Codice Fiscale

CHIEDE

di essere inserito/a nella banca dati degli Assistenti 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

di possedere i seguenti requisiti richiesti per l'inserimento nella banca dati:

* diploma di laurea in educatore professionale, psicologia, scienze dell'educazione, scienze della formazione o equipollenti, conseguito in base all'ordinamento previgente a quello introdotto con D.M. 509/99 o equivalente a laurea triennale di primo livello/specialistica/magistrale prevista nel nuovo ordinamento universitario.
* Il titolo si completa ulteriormente con esperienza e formazione specifica.
* Laurea quinquennale o laurea specialistica e master specialistico specifico per il supporto ai disabili sensoriali.
* Diploma di scuola secondaria di secondo grado ed esperienza specifica documentata almeno biennale o corso di formazione specifico per disabilità sensoriali;

dichiara di possedere i seguenti titoli ed esperienze:

1. titolo di studio:
* diploma di scuola secondaria di secondo grado …………………………………..

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 in

conseguito il presso l’Università………………………………………………………………

* altro
1. esperienza maturata in qualità di assistente alla comunicazione e all’autonomia per disabilità

Tipo di esperienza □ visiva □ uditiva dal al anno

presso

Tipo di esperienza □ visiva □ uditiva dal al anno

presso

Tipo di esperienza □ visiva □ uditiva dal al anno

presso

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di specializzazione:
* master specialistico per assistenti alla comunicazione ed all'autonomia delle persone disabili sensoriali,

conseguito nell’anno

presso

* attestato specifico;
* interprete LIS
* attestato di conoscenza della lettura BRAILLE
* attestato di conoscenza del metodo MALOSSI
* altro (specificare titolo/istituto in cui si è

conseguito/anno)

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. Andrea Scappi.

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 C 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;

□ curriculum vitae europeo corredato/i dalla documentazione comprovante il possesso dei requisiti dichiarati. In Fede

Data

Firma

Allegato 1b

ASSISTENTI ALLA COMUNICAZIONE E ALL’AUTONOMIA PER L’INTEGRAZIONE

SCOLASTICA DEI DISABILI SENSORIALI a.f. 2015/2016

Domanda di inserimento nella banca dati 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………..

Città………………………………………………………….cap……………………………………………

Mail…………………………………………………………………………………………………………….

C.F o P.Iva……………………………………………………………………………………………………

Cell…………………………………………………………..tel……………………fax…………………….

CHIEDE

di essere inserito/a nella banca dati per fornitori di servizi per interventi di assistenza alla comunicazione e all’autonomia per disabili sensoriali nel territorio della provincia di Mantova.

..N.

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 che la struttura rappresentata

1. è operante nell’area della disabilità da almeno 2 anni;
2. 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. (Nome e Cognome)…………………………………………………………………………………..
5. (Nome e Cognome)…………………………………………………………………………………..
6. (Nome e Cognome)…………………………………………………………………………………..

Per ogni risorsa umana viene allegato il CV formato europeo riportante:

1. titolo di studio:
* diploma di scuola secondaria di secondo grado 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
1. esperienza maturata in qualità di assistente alla comunicazione e all’autonomia per disabilità
* visiva □ uditiva

dal al……………………………………………………………..

presso ……………………………………………………………

dal al……………………………………………………………..

presso ……………………………………………………………

dal al……………………………………………………………..

presso …………………………………………………………….

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di specializzazione:
* master specialistico per assistenti alla comunicazione e all’autonomia

delle persone disabili sensoriali, conseguito il

presso

* attestato specifico;
* interprete LIS
* attestato di conoscenza della lettura BRAILLE
* attestato di conoscenza del metodo MALOSSI
* 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 neH'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. Andrea Scappi.

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 neM’informativa?

* Presto il consenso □ Nego il consenso

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

C 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

Allegato 2b

Esperienze maturate dal Fornitore nell’erogazione di servizi specifici e/o attinenti al

Servizio

Il/La (Denominazione del Fornitore di Servizio)……………………………………………………….

con sede in Via N ,

CAP telefono cell…………………………………..

Dichiara

di aver maturato nell’area dei servizi alla persona e specificatamente nell’assistenza alla comunicazione e all’autonomia per allievi disabili sensoriali, le seguenti esperienze significative (riportare per ognuno: titolo progetto/programma/azione, utenza supportata, periodo di presa in carico, ente di riferimento, obiettivi raggiunti):

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

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

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

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

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

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

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

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

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dalParticolo 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 che quanto esposto corrisponde al vero

In fede

Data

Firma Legale rappresentante

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