

Allegato 1b

**ASSISTENTI ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA PER L'INTEGRAZIONE
SCOLASTICA DEI DISABILI SENSORIALI a.f. 2016/2017**

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

- Cooperativa
- 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.

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 3 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. (Nome e Cognome).....

a. Titolo di studio:

- laurea in

conseguita il presso
l'Università.....

- diploma di scuola secondaria di secondo grado
.....

conseguito il presso

- master specialistico in.....

conseguito il presso
l'Università.....

- altro
- corso di formazione per disabilità uditiva conseguito presso in
data.....
- corso di formazione per disabilità visiva conseguito presso
..... in data.....

Esperienza maturata in qualità di assistente alla comunicazione e all'autonomia per disabilità sensoriale

Tipo di esperienza visiva uditiva dal al anno.....

presso

Tipo di esperienza visiva uditiva dal al anno.....

presso

Tipo di esperienza visiva uditivadal..... al.....anno

presso

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 MALOSI
- altro (specificare titolo/istituto in cui si è conseguito/anno)

2. (Nome e Cognome).....

a. Titolo di studio:

- laurea in

conseguita il..... presso l'Università.....

- diploma di scuola secondaria di secondo grado

conseguito il..... presso

- master specialistico in.....

conseguito il..... presso l'Università.....

- altro
- corso di formazione per disabilità uditiva conseguito pressoin data.....
- corso di formazione per disabilità visiva conseguito presso in data.....

Esperienza maturata in qualità di assistente alla comunicazione e all'autonomia per disabilità sensoriale

Tipo di esperienza visiva uditivadal.....al.....anno

presso

Tipo di esperienza visiva uditivadal..... al.....anno.....

presso

Tipo di esperienza visiva uditivadal..... al.....anno
presso

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 MALOSSSI
- altro (specificare titolo/istituto in cui si è conseguito/anno)
.....

3. (Nome e Cognome).....

a. Titolo di studio:

laurea in

conseguita il..... presso
l'Università.....

diploma di scuola secondaria di secondo grado
.....

conseguito il..... presso

master specialistico in.....

conseguito il..... presso
l'Università.....

altro

corso di formazione per disabilità uditiva conseguito pressoin
data.....

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

Esperienza maturata in qualità di assistente alla comunicazione e all'autonomia per disabilità sensoriale

Tipo di esperienza visiva uditivadal.....al.....anno.....
presso

Tipo di esperienza visiva uditivadal..... al.....anno.....
presso

Tipo di esperienza visiva uditivadal..... al.....anno

presso

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 MALOSSO
 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
 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 europo 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

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