

ALLEGATO 1

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Codice fiscale _____ residente a _____ (____)

in via/piazza _____

telefono _____ cell. _____ email _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alle procedure di selezione presso la sede di **VALLEDOLMO (Pa) – Via Padre Pino Puglisi, 19** per:

- ☐ Formatore – Tutor
- ☐ Responsabile Amministrativo

Dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000:

- Di aver preso integrale visione del Bando e delle condizioni di ammissibilità e di valutazione in esso contenute;
- Di accettare in toto le suddette condizioni, sia per ciò che concerne la ricevibilità della presente domanda che per quanto riguarda le modalità di selezione ed i criteri di attribuzione del punteggio in base ai quali si provvederà a stilare graduatoria finale dei candidati alla selezione;

Allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- ☐ Curriculum vitae formato europeo
- ☐ Copia del documento d'identità in corso di validità
- ☐ Copia del codice fiscale
- ☐ Allegato 2 debitamente compilato e sottoscritto
- ☐ Allegato 3 debitamente compilato e sottoscritto
- ☐ Allegato 4 debitamente compilato e sottoscritto
- ☐ Informativa sul trattamento dei dati personali debitamente sottoscritta
- ☐ Copia ulteriori titoli: _____

Luogo e data _____

Firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

“Costituzione Catalogo Regionale dell’Offerta Formativa e correlata realizzazione di percorsi formativi di qualificazione mirati al rafforzamento dell’occupabilità in Sicilia”

ALLEGATO 2

AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Codice fiscale _____ residente a _____ (____) in

via/piazza _____

telefono _____ cell. _____ email _____

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- a) Di essere cittadino italiano ovvero cittadino di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
- b) Di godere dei diritti politici nello Stato di appartenenza;
- c) Di non avere in corso procedimenti penali preclusivi all’inserimento nell’Albo Regionale degli Operatori della formazione professionale siciliana, ai sensi della Circolare Assessoriale n. 1 del 15/05/2013 e/o comunque preclusivi allo svolgimento dell’incarico previsto;
- d) Di non essere interdetto/a dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- e) Di non essere stato/a licenziato/a o dispensato/a dall’impiego presso la pubblica amministrazione;
- f) Di essere iscritto all’Albo Regionale del personale docente e non docente e, subordinatamente, essere iscritto all’Elenco Formatori 2° livello;
- g) Di possedere idonee certificazioni dei requisiti professionali adeguati alle qualità educative, organizzative e tecniche relative alle funzioni di cui al presente Bando;
- h) Di possedere competenze, tecniche e metodologiche, coerenti con le attività formative;
- i) ☐ Di essere iscritto all’Albo Regionale degli Operatori della Formazione Professionale
- j) ☐ Di essere iscritto all’Elenco Regionale degli Operatori della Formazione Professionale.

Luogo e data _____

Firma _____

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell’autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d’ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell’art. 37 D.P.R. 445/2000

“Costituzione Catalogo Regionale dell’Offerta Formativa e correlata realizzazione di percorsi formativi di qualificazione mirati al rafforzamento dell’occupabilità in Sicilia”

ALLEGATO 3

AUTOCERTIFICAZIONE DI COERENZA E ADEGUATEZZA DELLE COMPETENZE POSSEDUTE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Codice fiscale _____ residente a _____ (____) in

via/piazza _____

Avendo presentato la propria istanza di candidatura per la posizione c/o la sede di _ **VALLEDOLMO (Pa) – Via Padre Pino Puglisi, 19** per:

- ☐ Formatore – Tutor
- ☐ Responsabile Amministrativo

relativamente al corso di seguito specificato:

ID CORSO	DENOMINAZIONE DEL PROFILO PROFESSIONALE	DURATA CORSO	
CS 7992 ED 32539	Operatore socio assistenziale	754	O
CS 6676 ED 31662	Assistente all'autonomia ed alla comunicazione dei disabili	954	O

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 di possedere i titoli coerenti ed adeguati alle competenze oggetto di candidatura;

Di possedere n. _____ anni **esperienza professionale** in merito all’ambito per il quale si candida.



Cofinanziato
dall'Unione europea



Regione
Siciliana

“Costituzione Catalogo Regionale dell'Offerta Formativa e correlata realizzazione di percorsi formativi di qualificazione mirati al rafforzamento dell'occupabilità in Sicilia”

Luogo e data _____

Firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

“Costituzione Catalogo Regionale dell’Offerta Formativa e correlata realizzazione di percorsi formativi di qualificazione mirati al rafforzamento dell’occupabilità in Sicilia”

ALLEGATO 4 SCHEDA AUTOVALUTAZIONE

CRITERIO	REQUISITO	DESCRIZIONE	PUNT. MAX
A1 Titolo di studio (titoli non cumulabili)	Laurea vecchio ordinamento, laurea magistrale o specialistica	####	
	Laurea triennale	####	
	Diploma di istruzione secondaria di secondo grado	####	
A2 Titoli formativi	Titoli legalmente riconosciuti (corsi di formazione, specializzazione, alta formazione, perfezionamento post-laurea, certificazioni lingue straniere, informatiche, altre certificazioni, master universitari)	1 punto per ciascun Titolo (max 5 titoli)	
B1 Esperienza professionale	Esperienza professionale nel settore di riferimento	1 punto per ogni anno di esperienza (max 15 anni)	
B2 Collaborazione con l’Ente Human Capital Scarl	Precedente collaborazione con un Ente HUMAN CAPITAL SCARL	1 punto per ogni anno di esperienza (max 25 anni)	
C1 Eventuale colloquio	Colloquio a carattere conoscitivo e motivazionale volto ad approfondire esperienza, disponibilità e capacità	####	
TOTALE			

Luogo e data _____

Firma
