#### DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI

#### DI PSICOMOTRICITA’ A.S. 2023/2024

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a/sede legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione per il conferimento dell’incarico individuale di

**ESPERTO DI PSICOMOTRICITÀ**

A tal fine, consapevole di quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei sotto dichiarati requisiti:

* di avere la cittadinanza
* di godere dei diritti civili e politici
* di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
* di non essere sottoposto a procedimenti penali
* di aver conseguito il Certificato di competenza professionale di psicomotricista il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso dei seguenti titoli utili per l’attribuzione del punteggio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titolo | Punteggio | Dettaglio titolo (a cura del candidato) | Pt. (a cura della Commissione) |
| **TITOLO OBBLIGATORIO**: Certificato di competenza professionale di psicomotricità **e/o** Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell’età evolutiva | 4 pt max |  |  |
| **TITOLI AGGIUNTIVI**Laurea in scienze motorie/diploma ISEF | Voto di laurea:fino a 99 1 pt100-105 2 pt106-110 3 pt110 e lode 4 pt |  |  |
| Laurea (ambito pedagogico) | 2 pt. |  |  |
| Master/Specializzazione nel settore educativo e/o sportivo (di durata biennale) | 2 pt per titolo |  |  |
| Corsi di aggiornamento nel settore della psicomotricità | 0,5 pt. per corso |  |  |
| Abilitazione all’insegnamento nella scuola dell’infanzia e/o primaria | 2 pt. per abilitazione |  |  |
| Esperienze di insegnamento in corsi analoghi (di almeno 10 h) nella scuola dell’infanzia | 2 pt. per corso |  |  |
| Costo orario comprensivo di tutti gli oneri. | 4 pt. al costo più basso formula di calcoloP = (costo minimo / costo richiesto) x 4 |  |  |

* che tutto quanto dichiarato e sottoscritto nella tabella dei titoli e nel curriculum allegato è veritiero e verificabile.

Il/La sottoscritto/a allega, a pena di esclusione, curriculum vitae in formato europeo, dichiarazione di assenza conflitto di interessi, scheda notizie esperto, dichiarazione regolarità contributiva, dichiarazione altri incarichi e copia di un valido documento di identità o di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a autorizza l’Istituzione scolastica al trattamento dei dati personali che, ai sensi dell’art.10 comma 1 della legge 31 ottobre 1996 n. 675 e in seguito specificato dall’art.13 del DLgs 196 del 2003 e dal Regolamento UE 679/2016 (Codice sulla Privacy), saranno raccolti presso codesta Istituzione per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati anche in forma automatizzata e comunque in ottemperanza alle norme vigenti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_