   

 **DOMANDA DI CANDIDATURA**

**PO FSE 2014/2020, AZIONE P.3.7 AVVISO N.17/2017**

**PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI FORMATIVI PER LA FORMAZIONE DI ASSISTENTI FAMILIARI**

**ALLEGATO A**

**Spett.le**

**CENTRO STUDI TONIOLO**

VIA PIRANDELLO 127/B – 92024 CANICATTI’ (AG)

\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA**

la propria candidatura per il profilo di formatore (3.1) V livello CCNL Formazione Professionale, inerente l’Avviso Pubblico n. 17/2017 approvato con D.D.G. n. 3290 del 05.12.2017, per i seguenti moduli formativi:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Id Corso/i** | **Id****Edizioni** | **Titolo Progetto** | **Qualifica rilasciata** | **Area Professionale**  | **Sottoarea Professionale**  | **Durata Totale corso** | **Sede** |
| 157 | 370 | Caring Excellence | ASSISTENTE FAMILIARE | Servizi alla persona  | Servizi Socio Sanitari  | 300 ore | Canicatti’ |
| 157 | 373 | Caring Excellence | ASSISTENTE FAMILIARE | Servizi alla persona  | Servizi Socio Sanitari  | 300 ore | Canicatti’ |

Elencare i moduli (aggiungere righe se è necessario):

* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Id Corso/i** | **Id****Edizioni** | **Titolo Progetto** | **Qualifica rilasciata** | **Area Professionale**  | **Sottoarea Professionale**  | **Durata Totale corso** | **Sede** |
| 157 | 374 | Caring Excellence | ASSISTENTE FAMILIARE | Servizi alla persona  | Servizi Socio Sanitari  | 300 ore | Catania |

Elencare i moduli (aggiungere righe se è necessario):

* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Id Corso/i** | **Id****Edizioni** | **Titolo Progetto** | **Qualifica rilasciata** | **Area Professionale**  | **Sottoarea Professionale**  | **Durata Totale corso** | **Sede** |
| 157 | 379 | Caring Excellence | ASSISTENTE FAMILIARE | Servizi alla persona  | Servizi Socio Sanitari  | 300 ore | Licata |

Elencare i moduli (aggiungere righe se è necessario):

* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Id Corso/i** | **Id****Edizioni** | **Titolo Progetto** | **Qualifica rilasciata** | **Area Professionale**  | **Sottoarea Professionale**  | **Durata Totale corso** | **Sede** |
| 158 | 371 | Caring Excellence | ASSISTENTE FAMILIARE | Servizi alla persona  | Servizi Socio Sanitari  | 150 ore | Canicattì |
| 158 | 378 | Caring Excellence | ASSISTENTE FAMILIARE | Servizi alla persona  | Servizi Socio Sanitari  | 150 ore  | Canicattì  |

Elencare i moduli (aggiungere righe se è necessario):

* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”
* Modulo formativo “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

Consapevole delle sanzioni penali dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm. dichiara sotto la propria responsabilità:

□ di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;

□ di godere dei diritti civili e politici;

□ di non avere riportato condanne penali anche non definitive e non avere procedimenti penali in corso;

□ di non essere stato/a escluso/a dall’elettorato politico attivo;

□ di essere iscritto/a all’Albo dei formatori, di cui all’art. 14, L.R. 24/1976;

□ di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pertinente il profilo oggetto della candidatura;

□ di possedere comprovata esperienza didattica e/o professionale entrambe in contesti coerenti con le attività ed i moduli oggetto della candidatura, per numero di anni conforme alla fascia di appartenenza, sulla base di quanto disposto con D.D.G. n. 966 del 19/03/2013;

□ aver preso visione del bando e di essere a conoscenza e di accettare tutte le prescrizioni e condizioni previste dal medesimo;

□ di aver preso visione dell’Avviso pubblico n. 17/2017 approvato con D.D.G. n. 3290 del 05/12/2017;

□ di aver preso visione del Vademecum per l’attuazione del PO FSE SICILIA 2014/2020 (vers. 2 del 09/04/2019);

□ di essere titolare di partita IVA individuale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere iscritto all’albo regionale dei formatori di cui al D.D.G. n. 3270 del 23/07/2018;

□ di essere iscritto all’elenco degli operatori della formazione professionale di cui al D.D.G. n. 3271 del 23/07/2018;

□ di appartenere alla seguente fascia professionale:

€ Fascia A (+ di 10 anni) € Fascia B (da 5 a 10 anni) € Fascia C (- di 5 anni)

□ di autovalutare i seguenti punteggi attribuibili:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TITOLI** | **PUNTEGGI** | **AUTOVALUTAZIONE** | **PUNTEGGIO** **ATTRIBUITO DALLA COMMISSIONE** |
| Titolo di Studio | Diploma di Istruzione II Grado |  |  |
| Laurea Triennale |  |  |
| Laurea Specialistica |  |  |
| *I punteggi non sono cumulabili, indicare il titolo più alto* |
| Titoli aggiuntivi specifici | Master 1° Livello |  |  |
| Master 2° Livello |  |  |
| *I punteggi non sono cumulabili, indicare il titolo più alto* |
| Dottorati |  |  |
| Seconda Laurea |  |  |
| Esperienza didattica e/o Professionale | Meno di 5 anni |  |  |
| Da 5 a 10 anni |  |  |
| Oltre 10 anni |  |  |
| *I punteggi non sono cumulabili, indicare l’esperienza più alta* |
| Precedente collaborazione con l’Ente | 1 punto per ogni anno e/o progetto |  |  |
| TOTALE |  |  |
| Colloquio motivazionale e relazionale |  |

\_\_il\_\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell’informativa ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e autorizza inoltre, al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda e di tutti gli allegati, in conformità alle disposizioni fissate dal D.Lgs. 196/2003 e dal reg. UE n. 679/2016 e si impegna a segnalare tempestivamente le variazioni che dovessero intervenire.

Si allegano:

* Curriculum formato europeo firmato e datato;
* Copia documento d’identità in corso di validità;
* Copia codice fiscale;
* Copia di tutti i documenti utili – ivi inclusi i titoli aggiuntivi inerente ad accertare l’esperienza didattica e/o professionale - il profilo per cui si presenta la candidatura e/o Autodichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 D.P.R.28 Dicembre 2000 n. 445;
* Copia titolo di studio o Autodichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 D.P.R.28 Dicembre 2000 n. 445.

 Firma

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