Allegato A1

 *Spett.le* **EUROCOMIND**

 Via delle Gardenie 10

 92019 Sciacca

 ***e p.c.* QUADRIFOGLIO SOCIETÀ COOP. SOCIALE**

 titolare Azione B3

***Oggetto:*** AVVISO SELEZIONE PERSONALE CON PROFILO PROFESSIONALE DI OPERATORE SPORTELLO DI SUPPORTO E MONITORAGGIO **-**  PROGETTO - RI-INS.SE.RI.RE rete implementata - inclusione sociale - empowerment recupero inserimento reintegrazione - Cod. Progetto 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.2/7.1.1/0068 - CUP G58D19000490006 - Avviso pubblico n. 19/2018 dell’Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro - Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali –

Il/La sottoscritto/a

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. \_\_\_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.

e Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_), Via

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail

in relazione all’avviso in oggetto, presenta la propria candidatura e ai sensi e per gli effetti dell’art.76 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

### DICHIARA

* di aver preso visione dell'avviso di selezione pubblicato sui siti internet [www.eurocomind.eu](http://www.eurocomind.eu) – www.rinserire.it
* di essere a conoscenza dei requisiti richiesti per la selezione;
* di essere in possesso del seguente titolo di studio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con voto conseguito

* di essere in possesso dei seguenti abilitazione e/o specializzazione ed aver frequentato corsi di formazione coerente con il profilo richiesto

|  |
| --- |
| ***indicare max 10 abilitazioni, specializzazioni, corsi conseguiti*** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

* di essere in possesso di un’esperienza professionale certificata in attività di supporto/consulenza per i soggetti disabili e persone affette da malattie psichiatriche pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anni, svolto:

|  |  |
| --- | --- |
| ***presso*** |  |
|  | nome Ente Pubblico/Privato – Azienda |
| ***contratto lavoro applicato*** |  | ***durata in mesi*** |  |
|  | Indicare tipologia contatto: (Tempo Indeter. – Determinato – P.Iva) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***presso*** |  |
|  | nome Ente Pubblico/Privato – Azienda |
| ***contratto lavoro applicato*** |  | ***durata in mesi*** |  |
|  | Indicare tipologia contatto: (Tempo Indeter. – Determinato – P.Iva) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***presso*** |  |
|  | nome Ente Pubblico/Privato – Azienda |
| ***contratto lavoro applicato*** |  | ***durata in mesi*** |  |
|  | Indicare tipologia contatto: (Tempo Indeter. – Determinato – P.Iva) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***presso*** |  |
|  | nome Ente Pubblico/Privato – Azienda |
| ***contratto lavoro applicato*** |  | ***durata in mesi*** |  |
|  | Indicare tipologia contatto: (Tempo Indeter. – Determinato – P.Iva) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***presso*** |  |
|  | nome Ente Pubblico/Privato – Azienda |
| ***contratto lavoro applicato*** |  | ***durata in mesi*** |  |
|  | Indicare tipologia contatto: (Tempo Indeter. – Determinato – P.Iva) |  |  |

Alla presente allega:

1. *copia documento di identità valido;*
2. *copia del codice fiscale;*
3. *autocertificazione del titolo di studio e dei titoli professionali dichiarati;*
4. *curriculum vitae in formato euro pass in autocertificazione ai sensi dell’art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e relative informazioni ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679;;*
5. *Allegati B1 e C1*

Data ……………………………….. firma…………………………………………………………

**Oppure** Firma digitale del candidato