

Al Legale Rappresentante  
Istituti Scolastici Associati - I.S.A. S.r.l.  
Sede Legale Via Alfredo Cuscinà, 10  
90129 - PALERMO

OGGETTO: INVIO CANDIDATURA - AVVISO PER LA SELEZIONE DI PERSONALE ESTERNO DA INSERIRE NEI  
PERCORSI TRIENNALI DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE **leFP** '

**A.S. 2014/2015 - Corso per "OPERATORE DEL BENESSERE" 1° annualità – Sede di PALERMO**

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) ,

di nazionalità  italiana  straniera \_\_\_\_\_ (indicare quale) ,

residente a \_\_\_\_\_, Prov. (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_,  
(indicare comune di residenza) (indicare via, piazza, ecc.)

Codice Fiscale :

domiciliato a \_\_\_\_\_, Prov. (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_,  
(compilare solo se il domicilio è diverso da quello di residenza) (compilare solo se il domicilio non coincide con la residenza)

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

altro recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 di essere:

**1. in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:**

- Diploma di licenza media e corso di qualifica professionale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare).
- Iscrizione all'albo delle imprese \_\_\_\_\_ (specificare).
- Diploma di scuola superiore \_\_\_\_\_ (specificare).
- Laurea specialistica o Laurea Vecchio ordinamento in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare)  
conseguita nell'A.A. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
(indicare Ateneo e Facoltà)  
\_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_.  
(indicare Ateneo e Facoltà)
- Dottorato di ricerca \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare)  
\_\_\_\_\_  
con giudizio/punteggio di \_\_\_\_\_ conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
(specificare).
- Abilitazione alla professione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare)  
conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (specificare).
- Abilitazione all'insegnamento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare) con punteggio \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_.
- Master di  I livello  II livello \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare) conseguito nell'anno \_\_\_\_\_  
con voto di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (specificare).
- Titoli aggiuntivi validi per la valutazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare).  
conseguito/i nell'/negli anno/i \_\_\_\_\_ con voto/giudizio di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(specificare).
- Altro \_\_\_\_\_ (specificare)

INVIA LA PROPRIA CANDIDATURA

in relazione ai requisiti richiesti dall'Avviso pubblico e dalla normativa in vigore riferiti alle differenti aree formative per l'insegnamento nel percorso triennale di Istruzione e Formazione Professionale per il conseguimento della qualifica di "OPERATORE DEL BENESSERE" 1° annualità di 1056 ore, da svolgersi c/o la sede Istituti Scolastici Associati - I.S.A. S.r.l. sede di PALERMO, **per le seguenti materie:**

MATERIA D'INSEGNAMENTO	Ore

**Si allegano:**

- Curriculum vitae formato Europeo con l'indicazione dell'esperienza didattica e professionale indicata in mesi siglato in ogni pagina e sottoscritta con dichiarazione sostitutiva sulla veridicità dei dati riportati ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28-12-2000, munito dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali; - fotocopia firmata e datata del documento di riconoscimento in corso di validità; - fotocopia del Codice Fiscale;
- fotocopie Titolo di Studio;
- altra documentazione comprovante l'esperienza didattica e professionale.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma leggibile del richiedente