



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE
SERVIZIO COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI DEL LAVORO E FORMAZIONE

**DOMANDA CON VALENZA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI DOCENZA ¹ DELLA DISCIPLINA
"DERMATOLOGIA E TRICOLOGIA"**

**Al Centro Regionale di Formazione
Professionale di Nuoro
Via Ragazzi del 99, 60
08100 NUORO**

Cognome																													
Nome																													
Nato/a a																					il								
																						G	G	M	M	A	A		
Codice Fiscale																													
L=Lettera N= Numero	L	L	L	L	L	L	N	N	L	N	N	L	N	N	N	L													
Comune di Residenza																					Prov.								
Via, Piazza e numero																					C	A	P						
Telefono																													
Cellulare																													
Indirizzo di posta elettronica																													
DOMICILIO (da compilare se diverso da quello di residenza)																													
Comune di																					Prov.								
Via, Piazza e numero																					C	A	P						

¹ Art. 46 D.P.R 28/12/2000 n. 445

Il sottoscritto dichiara:

- 1) di essere in possesso dei requisiti minimi di cui all'allegato "A" al bando per "conferimento incarichi di docenza", e di ulteriori requisiti, come di seguito riportati:

		Riservato all'ufficio
Requisiti minimi come da allegato "A"	Specificare	Punti 5
Esperienza professionale nel settore di pertinenza per ogni anno, o frazione di anno superiore ai 6 mesi, ulteriore a quelli richiesti come requisito minimo, per un massimo di 5 anni negli ultimi 8 anni (a far data da gennaio 2004).	Dal __/__/__ al __/__/__ Dal __/__/__ al __/__/__ Dal __/__/__ al __/__/__ Dal __/__/__ al __/__/__ Dal __/__/__ al __/__/__ Tot. anni _____	
Esperienza di insegnamento, congrua alla disciplina oggetto della candidatura, per ogni anno scolastico/formativo ulteriore a quelli richiesti come requisito minimo, per un massimo di 5 anni negli ultimi 8 anni (a far data da gennaio 2004). <ul style="list-style-type: none"> - punti 0,5 per monte ore compreso tra 50 e 400 per anno; - punti 1,0 per monte ore totale compreso tra 401 e 1000 per anno; - punti 2,0 per monte ore superiore a 1001. 	Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____ Dal __/__/__ al __/__/__ n. ore _____	
Master universitario coerente con la disciplina oggetto di insegnamento: <ul style="list-style-type: none"> - punti 2 per master di durata superiore all'anno; - punti 1,5 per master di durata compresa fra un anno e 6 mesi; - 0,5 punti per master di durata inferiore a 6 mesi 	Denominazione master _____ Soggetto erogatore _____ Data __/__/__ Durata in ore _____ Denominazione master _____ Soggetto erogatore _____ Data __/__/__ Durata in ore _____	-

2) di trovarsi nel seguente stato

Occupato ☐

Disoccupato ☐

3) che, in caso di conferimento dell'incarico di docenza, si impegna a portare a compimento il monte ore del modulo di insegnamento.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere in possesso (a pena di esclusione) dei seguenti requisiti:

- Età superiore ad anni 18 ed inferiore ad anni 65 alla data di pubblicazione dell' avviso pubblico;
- cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'U.E.;
- godimento dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche Amministrazioni salvo che sia stata conseguita la riabilitazione alla data di pubblicazione del presente avviso;
- assenza nell'esercizio della propria attività di errore grave;
- non essersi resi gravemente colpevoli di false dichiarazioni nel fornire informazioni in relazione ai suddetti requisiti.

DATA _____

FIRMA: _____
(per esteso)

Informativa ai sensi D.Lgs. 196/2003 (T.U. sulla Privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo

DATA _____

FIRMA: _____
(per esteso)

Allegare alla presente una fotocopia di un documento di identità in corso di validità ed il curriculum vitae sottoscritto in calce e siglato in ogni pagina.

Le domande non sottoscritte e/o prive della fotocopia del documento di identità in corso di validità saranno escluse.

(In caso di più domande inserite in un unico plico è sufficiente una sola fotocopia del documento d'identità ed un solo curriculum)

L'Amministrazione Regionale declina ogni responsabilità per dati incompleti o mancanti o illeggibili nelle sezioni sopraindicate. Le informazioni incomplete o mancanti o illeggibili nella presente domanda non potranno essere compensate da quelle eventualmente riportate in modo esatto nel curriculum