

		
UNIONE EUROPEA	REPUBBLICA ITALIANA	REGIONE CALABRIA
	ISTITUTO COMPRENSIVO di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria 1° Grado MONTEBELLO JONICO – MOTTA SAN GIOVANNI Via Ficarella – 89060 Saline Joniche – Tel. 0965 882853, Motta S.G. Tel. 0965 884251 Codice Fiscale 92031490805 E-mail: rcic812003@istruzione.it - rcic812003@pec.istruzione.it sito web: www.icmontebellomotta.edu.it	

AVVISO

Oggetto: Integrazione ed eventuale revisione **Short-List**, presente agli atti dell'Istituto Comprensivo Montebello J.-Motta S.G., relativamente agli Assistenti Educativi per gli alunni con disabilità grave (art.3 comma 3) che frequenteranno, esclusivamente, per l'a.s. 2024/25 i plessi scolastici che si trovano nel Comune di Montebello J.

Il Dirigente Scolastico

- **VISTO** l'avviso pubblico n.4393 del 03/10/2017 per la formazione di una short list finalizzata alla selezione di Assistenti Educativi per interventi di assistenza specialistico-educativa, nell'ambito del progetto per l'integrazione scolastica degli studenti con disabilità, finanziato dalla Provincia di Reggio Calabria;
- **VISTO** l'art. 12 L.104/92;
- **VISTE** le norme sull'autonomia delle Istituzioni Scolastiche previste dalla Legge 59/97 – D.Lgs.112/98 e dal DPR 275/99;
- **CONSIDERATO** che per la realizzazione delle azioni previste con l'avviso sopra menzionato, è necessario reperire figure professionali specifiche, esterne all'istituzione scolastica,
con i sottoelencati requisiti minimi:
 - * Diploma di scuola secondaria di II° grado;
 - * Attestato di qualifica di Assistente Educativo rilasciato ai sensi della Legge 845/78;con eventuali altri requisiti specifici:
 - * Esperienza certificata di servizio di Assistente Educativo per un periodo non inferiore a 12 mesi;
 - * Tirocinio formativo effettuato presso l'Istituto Comprensivo di Montebello J. – Motta S.G.;
 - * Possesso di Laurea magistrale in scienze pedagogiche ed esperienze formative certificate nel settore;
 - * Altro.
- **VISTA** la comunicazione prot.n. 11896 del 12/09/2024 avente ad oggetto, "Servizio assistenza alunni disabili", del Comune di Montebello J., assunta al protocollo della scuola in data 13/09/2024 con il numero 6641, nel quale è stato comunicato che questa Istituzione Scolastica può procedere con il servizio di assistenza educativa – specialistica per l'a.s. 2024/25 per i bambini disabili ex L. 104 art. 3, comma 3;
- **VISTE** le economie presenti nel bilancio della scuola;
- **TENUTO CONTO** delle norme riguardanti la trasparenza degli atti amministrativi;
- **CONSIDERATO** che annualmente la short list può essere integrata dalla presentazione di eventuali nuove istanze:

COMUNICA

che dal **17/09/2024** al **26/09/2024** è possibile, mediante modulistica appositamente allegata, presentare istanza di inserimento nella suddetta short list, che avrà validità per tutto l'a.s. 2024/2025.

Le domande dovranno pervenire entro le ore 12:00 del 26/09/2024: tramite PEO all'indirizzo rcic812003@istruzione.it, oppure tramite PEC all'indirizzo rcic812003@pec.istruzione.it, in alternativa anche brevi-manu presso gli uffici di segreteria siti in Via Ficarella, snc a Saline Joniche.

Le istanze di inserimento dovranno essere corredate da:

- Documento d'identità;
- Curriculum vitae;
- Copia dei titoli/attestati posseduti;
- Liberatoria al trattamento dei dati personali ai sensi del G.D.P.R. 679/2016.

Allegati: Domanda di inserimento (Allegato A)

(A.A. Foti)



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Margherita SERGI

Margherita Sergi

ALLEGATO A - Domanda di inserimento

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
Montebello J./Motta S.G.

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
in possesso dei requisiti di ammissibilità richiesti ***nell'Avviso prot.n. _____ del ____/____/2024***

DICHIARA

di essere di sesso: maschile ☐ femminile ☐

di essere cittadino: italiano ☐ comunitario ☐ extracomunitario ☐

di risiedere in via/piazza N° Comune di
..... C.A.P. Provincia Tel. abitazione/.....
Tel. Cellulare/..... E-mail.....

(nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)

di essere domiciliato in via/piazzaN° Comune di
.....C.A.P..... Provincia

CHIEDE

di essere iscritto/a alla/e Short List dei soggetti autorizzati all'erogazione di prestazioni inerenti il servizio di assistenza educativa scolastica a favore degli alunni certificati ai sensi della L. 104/92 Articolo 3 comma 3, in quanto in possesso dell'attestato di qualifica di:

☐ Assistente Educativo ai sensi della L.845/78, rilasciata da
_____ in data _____

DICHIARA

Di possedere i seguenti titoli di studio:

☐ Diploma di scuola secondaria di II^ grado di _____

☐ Laurea triennale in _____

☐ Laurea Magistrale in Scienze Pedagogiche

☐ Altro (*specificare*) _____ conseguito il _____ presso _____

☐ Esperienze certificate nel settore per un periodo non inferiore a 12 mesi presso

Dichiara inoltre i seguenti requisiti:

- ☐ cittadinanza italiana, ovvero di uno dei Paesi appartenenti all'Unione Europea (in tal caso specificare quale _____)
- ☐ età non inferiore agli anni 18
- ☐ godimento dei diritti civili e politici;
- ☐ per i candidati cittadini di uno degli stati membri dell'Unione Europea, e per coloro che hanno conseguito il titolo di studio all'estero, di essere in possesso di titolo di studio equipollente a quello suindicato in base alle vigenti disposizioni di legge in materia. L'equipollenza dovrà risultare da idonea certificazione rilasciata dalle competenti autorità;
- ☐ idoneità fisica, psichica e attitudinale alle mansioni connesse all'incarico;
- ☐ per i cittadini soggetti all'obbligo di leva: essere in posizione regolare nei confronti di tale obbligo;
- ☐ non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto d'impiego con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ non essere stato/a destituito/a, non essere stati dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un pubblico impiego;

Per i cittadini degli stati membri dell'Unione Europea :

- ☐ di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza
- ☐ di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica
- ☐ di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

di aver maturato la seguente esperienza nello svolgimento di servizi di assistenza educativa ai disabili

FORMAT – ESPERIENZA PROFESSIONALE

Anno di riferimento	Istituto scolastico	Centri polifunzionali/Centri socio educativi per disabili	Tipologia disabilità art.3 L.104/92 ¹

¹ Specificare se: Alunni non vedenti / Alunni ipovedenti / Alunni sordi / Alunni con autismo (disturbi dello spettro autistico) / Alunni Down / Altro

Il/la sottoscritto/a dichiara quanto sopra ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR N. 445 del 28.12.2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste per le ipotesi delle dichiarazioni non veritiere, dall'art. 75 e 76 del medesimo TU.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo all'Istituto Comprensivo Montebello J./Motta S.G. in Via Ficarella, snc 89064 Saline J. (RC).

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Istituto Comprensivo Montebello J./Motta S.G. al trattamento dei dati ed alla pubblicazione del curriculum vitae sul sito istituzionale dell'Istituto Comprensivo Montebello J./Motta S.G. per le finalità connesse alla short list.

Allega alla presente:

- Curriculum vitae datato e firmato;
- Fotocopia documento di identità in corso di validità;
- Copia dei titoli/attestati posseduti;
- Liberatoria al trattamento dei dati personali ai sensi del G.D.P.R. 679/2016

_____, _____ (data)

(Firma)