ALLEGATO "A"

Al Comune di Castrolibero
Servizi Sociali
S E D E

DOMANDA PER LA PRESENTAZIONE DI CANDIDATURE ALLA NOMINA DI GARANTE DEI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA' DEL COMUNE DI CASTROLIBERO.-

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov (___) il __/___/_____ in Via _____n.____
Telefono _____e- mail _____

CHIEDE

di partecipare alla candidatura indetta dal Comune di Castrolibero per la nomina del "GARANTE DEI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA'" .

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.:

✓ di aver preso visione del Regolamento sul Garante delle persone con disabilità del Comune di Castrolibero, approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale n° 7 del 30/04/2021

✓ di essere in possesso dei requisiti previsti dal Regolamento e richiamati nell'avviso pubblico;

✓ di essere informato che, ai sensi del D.Lsg. 196/2003 come modificato ed integrato dal Dlgs 101/2018 e dal Reg. UE 679/2016, il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per il corretto svolgimento della selezione e sarà trattato, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Titoli per la determinazione del punteggio:

(mettere una crocetta sulle caselle corrispondenti ai titoli o alle esperienze possedute)

- Titolo di studio max 10 punti :

Laurea in materie socio- psico pedagogiche *		10 punti
Laurea in materie giuridiche o mediche *		7 punti
Laurea in altre materie *		3 punto

- Esperienza in attività che operano sulla disabilità (max 10 punti):

Aver fatto parte di un organismo/soggetto pubblico o privato o del terzo settore che si occupa di disabilità, e che non abbia avuto rapporti di collaborazione con il comune*. Da almeno 10 anni		10 punti
Aver fatto parte di un organismo/soggetto pubblico o privato o del terzo settore che si occupa di disabilità, e che non abbia avuto rapporti di collaborazione con il comune *. Da almeno 7 anni		7 punti
Aver fatto parte di un organismo/soggetto pubblico o privato o del terzo settore che si occupa di disabilità, e che non abbia avuto rapporti di collaborazione con il comune *. Da almeno 5 anni		4 punti

INDICA

di seguito il recapito al quale ricevere le comunicazioni inerenti al presente avviso:
email: _____, tel. _____,

Allega alla presente:

a) copia di documento di identità personale in corso di validità;

b) curriculum vitae che documenti i titoli di studio, le competenze del candidato nella tematica specifica della disabilità ed eventuali altri titoli valutabili.

Data __/__/2021 Firma leggibile