

**DOMANDA PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA
DEGLI ASSISTENTI AMMINISTRATIVI
PER LA SOSTITUZIONE DEI D.S.G.A. (a. s. 2017/2018)**

AVVERTENZA

La compilazione del presente modulo di domanda avviene secondo le disposizioni previste dal **D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

In particolare:

- I dati riportati dal richiedente assumono il **valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione rese ai sensi dell'articolo 46**; vigono, al riguardo, le disposizioni di cui all'articolo 76 che prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per il richiedente che rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità.
- Ai sensi dell'articolo 39 la sottoscrizione del modulo di domanda non è soggetta ad autenticazione.
- I competenti uffici dell'amministrazione scolastica dispongono gli adeguati controlli sulle dichiarazioni rese dal richiedente secondo quanto previsto dagli articoli 71 e 72.
- I dati richiesti nel modulo di domanda sono acquisiti ai sensi dell'art. 16 in quanto strettamente funzionali all'espletamento della presente procedura.

**ALL'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA LIGURIA
UFFICIO TERRITORIALE DI**

Domanda da inoltrare all'Ufficio scolastico territorialmente competente entro il 21 agosto 2017.

RISERVATO ALL'UFFICIO
PROT. N.
DEL / /

Il/La sottoscritto/a:

cognome nome

nato/a a, provincia il/...../.....

codice fiscale

recapito: via comune (.....)

1° recapito telefonico 2° recapito telefonico

indirizzo e-mail

con contratto a tempo indeterminato in qualità di assistente amministrativo

titolare presso comune (.....)

in servizio presso comune (.....)

in qualità di

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. 445/00, consapevole delle responsabilità amministrative e penali derivanti da dichiarazioni non rispondenti al vero:

- di essere incluso nella graduatoria definitiva per la mobilità professionale di cui al CCNI 3 dicembre 2009;
- di aver svolto servizio nel profilo di D.S.G.A. per almeno un anno scolastico a partire dal 2000/2001:
 - dal/...../..... al/...../..... presso
 - dal/...../..... al/...../..... presso
 - dal/...../..... al/...../..... presso
 - dal/...../..... al/...../..... presso

Il sottoscritto inoltre chiede non chiede la conferma dell'utilizzo in qualità di D.S.G.A. sul
posto ricoperto nel corrente anno scolastico presso l'istituzione scolastica

Data/...../.....

Firma

ALLEGATO 1 - Tabella di valutazione dell'anzianità di servizio

Tipo di servizio	Anni/Mesi	Punteggio spettante
per ogni anno di effettivo servizio prestato (per almeno 180 gg. in ciascuno degli anni considerati) nella funzione di sostituzione del DSGA compreso l'a.s. 2016/2017 (punti 1,00)		
per ogni mese di effettivo servizio prestato in qualità di responsabile amministrativo o coordinatore amministrativo (punti 0,05)		
per ogni anno di effettivo servizio prestato in qualità di assistente amministrativo compreso l'a.s. 2016/2017 (punti 0,10)		