**DOMANDA PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA**

**DEGLI ASSISTENTI AMMINISTRATIVI**

**PER LA SOSTITUZIONE DEI D.S.G.A. (a. s. 2022/2023)**

**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 SAVONA**

**Domanda da inoltrare all’Ufficio scolastico territorialmente competente entro il 29 novembre 2022.**

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 nella provincia di ….................**

- a tempo **determinato** fino al 31/08/2023 in qualità di **assistente amministrativo nella provincia di ................**

titolare presso …………………………………………………. comune …………………………… (……)

in servizio presso …………………………………………..…. comune …………………………… (……)

**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 ……………………………………..
* dal ….../……/…….. al ….../……/…….. presso ……………………………………..

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

* + diploma di laurea previsto dal CCNL del 29/11/2007 (punti 5);
	+ laurea specialistica, o appartenente al vecchio ordinamento, diversa da quella richiesta per l’accesso al Profilo di area D di cui alla tabella B allegata al vigente CCNL comparto scuola (punti 3);
	+ laurea triennale richiesta per l’accesso al profilo di coordinatore amministrativo (punti 1,5);
	+ laurea triennale diversa da quella richiesta per l’accesso al profilo di coordinatore amministrativo (punti 0,75);
* di essere beneficiario della seconda posizione economica di cui all’art. 2 della sequenza contrattuale 25 luglio 2008;
* di essere beneficiario dell’art. 7 del C.C.N.L. 7/12/2005.

**DICHIARA ALTRESI’**

 di aver diritto ad una valutazione dei titoli di servizio per un totale di punti ……. (all. 1);

 di non aver rifiutato l’incarico di sostituzione del D.S.G.A. per l’a.s. 2022/2023 all’interno dell’istituzione scolastica di appartenenza.

 comunica la propria disponibilità per la copertura del posto di D.S.G.A. vacante disponibile per tutto l’anno scolastico

|  |
| --- |
| **Codice meccanografico/Istituzioni Scolastiche** |
| SVIC80500T ISTITUTO COMPRENSIVO ANDORA /LAIGUEGLIA |

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. 2021/2022 (punti 1,00) |  |  |
| per ogni mese di effettivo servizio prestato in qualità di responsabile ammnistrativo o coordinatore amministrativo (punti 0,05) |  |  |
| per ogni anno di effettivo servizio prestato in qualità di assistente amministrativo compreso l’a.s. 2021/2022 - scorporato da eventuale servizio da DSGA ff (punti 0,10) |  |  |