**DOMANDA D.S.G.A PER DISPONIBILITA’ INCARICO**

**ALL’UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER L’ABRUZZO UFFICIO IV-**

**AMBITO TERRITORIALE PER LE PROVINCE DI CHIETI E PESCARA**

**ANNO SCOLASTICO 2023/2024**

**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.**

**domanda da inoltrare, sia per le scuole di Chieti che per quelle di Pescara, entro le ore 23,59 del 9 settembre 2023 al seguente indirizzo di posta elettronica:**

**uspch-pe@postacert.istruzione.it**

Il/La sottoscritt…cognome………………….……….………………………………………………

nome …………………………….…………………………………………………………………….

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

codice fiscale …………………………………………………………………………………………. recapito: via ………………………………………….………………………………..………………

comune ………………………..……………………. (……..…)

1° recapito telefonico ……………………………………….…...

2° recapito telefonico …………….…………………….……..…

indirizzo e-mail ……………………………………………………………………………………

• titolare presso ………………………………………..……………….

Comune ………………………………..……… (……)

• in servizio presso ………………………………..……………..….

comune …………………………………………………………….…… (……)

in qualità di:

• □ D.S.G.A di ruolo con titolarità presso ……………………………………………………………

• □ Assistente Amministrativo a tempo indeterminato titolare presso …………………………………………………………………………………………………………

• □ Assistente Amministrativo a tempo determinato in servizio presso …………………………………………………………………………………………………………

• non in servizio ma inserito nelle graduatorie d’istituto della provincia di …………………………

DICHIARA

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

□Assistente Amministrativo a tempo determinato di essere in possesso del seguente titolo di studio: - laurea specialistica in giurisprudenza (o titolo equipollente);

- laurea specialistica in scienze politiche, sociali e amministrative (o titolo equipollente);

- laurea specialistica in economia e commercio (o titolo equipollente);

conseguita nell’a.a. …………………….……. con votazione …………………………..……

presso l’Università …………………………………………………………………………….

□ di essere stato immesso in ruolo nel profilo di Assistente Amministrativo a decorrere dall’a.s. ……………….………………………………..……….

□ di aver accettato una nomina per il profilo di Assistente Amministrativo e di avere svolto, nell’a.s. …………………………………, incarico da DSGA presso la seguente istituzione scolastica …………………………………………………………………………………………………….…..

□ di essere incluso nella graduatoria permanente del personale Amministrativo, Tecnico e Ausiliario per la provincia di ………………………………………………. ai sensi dell’art. 554 del D.L.vo 297/94 per il profilo di Assistente Amministrativo con punti ……………………….………..;

□ di essere incluso nelle graduatorie d’Istituto di I, II e III fascia

per la provincia di …………………………………………………………………………………. nel profilo di Assistente Amministrativo con punti ……….………. ;

□ di essere incluso nelle graduatorie di merito di altre regioni in seguito al superamento di tutte le prove del concorso DSGA bandito con DDG n. 2015/2018 con punti …………….…………..

presso la Regione …………………………………………………………………………………

Il/La sottoscritt………………………………………………………………………………………

CHIEDE

l’utilizzo in qualità di D.S.G.A. presso le seguenti sedi nell’ordine sottoindicato:

**……………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………...**

**……………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI PREGA DI COMPILARE IL MODULO NELLE PARTI DI INTERESSE CON TUTTI I DATI RICHIESTI AL FINE DI CONSENTIRE A QUEST'UFFICIO UNA SOLLECITA E COMPLETA VALUTAZIONE DEL CONTENUTO DEL MODULO IN PAROLA .