

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Procedura comparativa interna per il conferimento dell'incarico di Coordinatore del Progetto "ComeTE", finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito del Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-2027.

Al Dirigente dell'Area 1- Servizio 1.2 Servizi Sociali

Comune di Civitavecchia

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ **Nome** _____

nato/a _____ il _____ Codice fiscale _____

residente in _____

telefono _____

e-mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura comparativa interna per il conferimento dell'incarico di **Coordinatore del Progetto ComeTE**.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

DATI DI SERVIZIO

☐ di essere dipendente a tempo indeterminato del Comune di _____ dal _____.

☐ Profilo professionale Assistente Sociale.

REQUISITI

Dichiara inoltre

☐ di essere iscritto all'Ordine degli Assistenti Sociali Sezione _____ Regione _____ numero _____ dal _____

☐ di possedere tutti i requisiti richiesti dall'Avviso;

☐ di non avere riportato condanne penali incompatibili con l'incarico;

☐ di non avere procedimenti disciplinari in corso.

oppure

☐ di avere i seguenti procedimenti disciplinari _____

☐ di non trovarsi in situazioni di incompatibilità;

☐ di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati.

A - ESPERIENZA PROFESSIONALE

Anni totali di servizio prestato quale Assistente Sociale presso Pubbliche Amministrazioni _____

Pubblica Amministrazione	Periodo	Principali attività

(aggiungere righe se necessario)

Anni totali di esperienza come Case Manager _____

Descrizione	Periodo

(aggiungere righe se necessario)

B - ESPERIENZE DI COORDINAMENTO DI GRUPPI DI LAVORO O EQUIPE MULTIDISCIPLINARI

Descrizione	Periodo

(aggiungere righe se necessario)

C - ESPERIENZA IN PROGETTI FINANZIATI

Indicare esperienze maturate in qualità di referente, coordinatore, componente di gruppo di lavoro o responsabile operativo nell'ambito di Fondo Povertà, Quota Servizi Fondo Povertà, PON Inclusione, PN Inclusione, PNRR, altri progetti finanziati.

Descrizione	Periodo

(aggiungere righe se necessario)

D – FORMAZIONE SPECIALISTICA

Titoli universitari

Master

Corsi specialistici

DICHIARAZIONI FINALI

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di aver preso visione dell'Avviso;
- di accettarne integralmente il contenuto;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679;
- di essere consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

ALLEGA

- Copia documento di identità
- Eventuali attestati
- Altra documentazione utile

Luogo e data

Firma