**DOMANDA PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA**

**DEGLI ASSISTENTI AMMINISTRATIVI**

**PER LA SOSTITUZIONE DEI D.S.G.A. (a. s. 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.

**ALL’UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA LIGURIA**

**UFFICIO TERRITORIALE DI GENOVA**

**Domanda da inoltrare all’Ufficio scolastico territorialmente competente entro Lunedì 31 Luglio 2023 ORE 10,00.**

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 ……………………………………..
* 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.* 2023/2024 all’interno dell’istituzione scolastica di appartenenza.

 comunica la propria disponibilità per la copertura di posti dei D.S.G.A. vacanti e/o disponibili per tutto l’anno scolastico in ordine alle seguenti preferenze:

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice meccanografico/Istituzioni Scolastiche/Distretti/Comuni** | **Denominazione** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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. 2019/2020 **(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. 2019/2020 **(punti 0,10)** |  |  |