**DOMANDA PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA**

**DEGLI ASSISTENTI AMMINISTRATIVI PER LA SOSTITUZIONE DEI DSGA**

**ALL’ UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE DI PISA**

**Domanda da inoltrare entro il 26 agosto 2019**

RISERVATO ALL’UFFICIO

PROT. N. ……………………………..

DEL .... / .... / ………

Il/La sottoscritt…:

Cognome ……………………………………………………... Nome ………………………………………….

nato/a a ………………………………………………………….……., Provincia ……….. il ….../……/……..

Codice Fiscale ………………………………………………..

recapito: via ………………………………………………... Comune …………………………………. (……)

1° recapito telefonico ………………………………... 2° recapito telefonico …………………………………

indirizzo e-mail …………………………………………….

con incarico a tempo indeterminato in qualità di 

* Assistente Amministrativo

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

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

in qualità di ………………………………………

**CHIEDE**

**l’inclusione nella graduatoria per l’individuazione del personale assistente amministrativo a cui affidare le funzioni di D.S.G.A., sui posti ancora vacanti e/o disponibili, per l’a.s. 2018/2019, e a tal fine**

**DICHIARA**

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

veritiere:

* di essere beneficiario della seconda posizione economica di cui all’art. 2 delle sequenza

contrattuale 25 luglio 2008;

* di essere incluso nella graduatoria per l’assegnazione della seconda posizione economica di cui

all’art. 2 delle sequenza contrattuale 25 luglio 2008;

* di aver svolto servizio nel profilo di D.S.G.A. per almeno i sottoindicati anni scolastici:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* di essere in possesso del seguente titolo di studio:
	+ laurea specialistica magistrale o vecchio ordinamento (indicare se generica o specifica o titoli equipollenti);
	+ laurea triennale (indicare se generica o specifica);

**DICHIARA ALTRESI’**

Di aver/non aver riportato alcuna sanzione disciplinare;

di non aver rifiutato l’incarico di sostituzione del D.S.G.A. per l’a.s. 2017/2018 all’interno dell’istituzione scolastica di titolarità o di istituzione scolastica diversa da quella di titolarità (ad eccezione delle rinunce per comprovati motivi di salute).

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…………………………………………….