**ALLEGATO B**

**Al Dirigente Scolastico**

 **I.I.S.S. “Basile Caramia Gigante”**

**Locorotondo**

**Oggetto:** **TABELLA DI AUTOVALUTAZIONE TITOLI – ESPERTO - Avviso per la selezione interna/esterna di ESPERTO per l’affidamento dell’incarico di consulenza, assistenza e controllo/analisi del sistema HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Point)**

 **Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 del DPR n. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, C.F. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all’art.76 del citato D.P.R. n.445/2000, il/la sottoscritto/a sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di possedere i seguenti titoli, le seguenti competenze ed esperienze

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SETTORE | TITOLI | PUNTO PER OGNI TITOLO | MAX TITOLI VALUTABILI | PUNTEGGIO A CURA DEL CANDIDATO | PUNTEGGIO A CURA DELLA COMMISSIONE |
| A.1 - Titoli di studio **afferenti**  **la tematica specifica** *Punti max 34* | Laurea nuovo o vecchio ordinamento (Chimica – Scienze biologiche – Scienze e tecnologie alimentari – affini) | 6 | 1 |  |  |
| Dottorato di ricerca o laurea triennale coerente con l’incarico | 5 | 1 |  |  |
| Diploma di perfezionamento, Master biennale - (3000 ore e 120 CFU) | 4 | 1 |  |  |
| Diploma di perfezionamento, Master Universitario di I e II livello di durata annuale (1500 ore e 60 CFU) con esame finale  | 3 | 1 |  |  |
| Attestato di frequenza di corso di perfezionamento universitario di durata annuale con esame finale. | 2 | 3 |  |  |
| Corsi di perfezionamento/qualifica attinenti le aree tematiche di intervento | 2 | 5 |  |  |
| A.2 - Titoli di studio non afferenti  la tematica specifica *Punti max 3* | Laurea nuovo o vecchio ordinamento | 3 | 1 |  |  |
| B - Esperienza lavorativa afferente la tipologia del modulo *Punti max 60* | Pregresse esperienze in materia di sicurezza alimentare e igiene in ambienti di lavoro quale responsabile della gestione del sistema di autocontrollo HACCP |  4 | 5 |  |  |
| Attività di docenza per le discipline coerenti con la tipologia di intervento svolti in ambito scolastico | 3 | 5 |  |  |
| Attività di docenza in ambito non scolastico non scolastica coerente con la tipologia di intervento | 2 | 5 |  |  |
| Precedenti rapporti di collaborazione presso Istituzioni scolastiche per incarichi affini | 5 | 3 |  |  |
| C - Competenze informatiche *Punti max 3* | ECDL (o simili) | 2 | 1 |  |  |
| ECDL livello avanzato (o simili) | 3 | 1 |  |  |

***La presente tabella di valutazione dei titoli deve essere debitamente compilata con i punteggi nella colonna “punti” a cura del candidato***

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la presente, ai sensi e per gli effetti del decreto legge 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)  per le finalità di cui alla presente domanda di candidatura AUTORIZZA l’I.I.S.S.. “Basile Caramia Gigante” di Locorotondo al trattamento, anche con l’ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati personali forniti dal sottoscritto/a; prende inoltre atto che il titolare del trattamento dei dati è l’Istituto sopra citato e che il sottoscritto/a potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali Autorizza il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili,.

Data\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_