



Associazione I.D.E.A.



Associazione Orizzonti onlus



Pasticceria Cappello s.r.l.

PO FSE 2014-2020 SICILIA - Avviso 10/2016
Progetto Titolo "SPRIGIONIAMO SAPORI"
n. (CIP) 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.2/7.1.1/0028 – CUP G77H18000550006

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE TITOLI POSSEDUTI

Il/la sottoscritto/a Cod .Fiscale

..... Nato/a Provincia (.....) Il/...../..... Residente in

.....via

Tel/cell. : E-mail: pec:

.....

consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia **dichiara:**

Tabella autovalutazione punteggi

Curriculum formativo e professionale

<i>Descrizione titoli</i>	<i>Punteggio max</i>	<i>Descrizione breve titolo posseduto</i>	<i>Punteggio dichiarato</i>
Diploma	Max 2 punti		
Laurea attinente	Max 3 punti		
Possesso di altri titoli specifici attinenti presentati (master, corsi di specializzazione minimo 900 h, ecc.)	Max 5 punti		
Precedenti attività professionali di direzione e/o coordinamento nell'ambito di progetti rivolti a soggetti svantaggiati	5 punti per ciascuna attività svolta		
	Max 15 punti		



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
PROGRAMMA OPERATIVO





Associazione I.D.E.A.



Associazione Orizzonti onlus



Pasticceria Cappello s.r.l.

PO FSE 2014-2020 SICILIA - Avviso 10/2016
Progetto Titolo "SPRIGIONIAMO SAPORI"
n. (CIP) 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.2/7.1.1/0028 – CUP G77H18000550006

Esperienza specifica in attività analoghe a quelle previste in progetto (selezione e orientamento; Formazione; counselling, accompagnamento al lavoro)	5 punti per ciascuna esperienza svolta (Max 25 punti)		
Esperienza in progetti rivolti a soggetti in esecuzione penale	SI: 10 punti NO: 0 punti		
Esperienza o collaborazioni in attività similari con la PP.AA.	SI: 5 punti NO: 0 punti		
Precedenti rapporti di lavoro con gli Enti componenti dell' ATS in occasione di altre attività progettuali	SI: 5 punti NO: 0 punti		
Totale punteggio Curriculum formativo e professionale			

Data e luogo _____

Firma del candidato

Allega documento d'identità in corso di validità



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
PROGRAMMA OPERATIVO

