**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL GRUPPO DELLA “RETE PER LA GESTIONE CENTRALIZZATA DI PROCEDURE AMMINISTRATIVE CHE COINVOLGONO LE SCUOLE DELLA PROVINCIA”**

**AVVERTENZA**

La compilazione del presente modulo di domanda avviene secondo le disposizioni previste dal **D.P.R.28dicembre2000,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 e72.

**-**I dati richiesti nel modulo di domandasono acquisiti ai sensi dell’art.16 in quanto strettamente funzionali all’espletamento della presente procedura.

**AL DIRIGENTE DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE A. VOLTA DI MANDELLO DEL LARIO**

**Scadenza domande 31/08/2020 ore 9.00**

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 incarico a tempo indeterminato in qualità di Assistente amministrativo, titolare presso ………………………………………. comune ……………………………(……) in servizio presso ……………………………………………..…. comune ……………………………(……) in qualità di assistente amministrativo

## CHIEDE

di partecipare al colloquio valutativo per la copertura del posto di assistente amministrativo come membro del Gruppo operativo che opererà in distacco presso l’UST di Lecco

## DICHIARA

Di dare la propria disponibilità a prendere servizio fin dal giorno 01/09/2020 presso l’UST di Lecco.

Luogo, ………………………, data ………………….