

ALLEGATO A

Al Dirigente Scolastico  
I.C. Medicina

## MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Avviso interno per la selezione e l'individuazione di varie figure per la realizzazione del progetto : "Stem for the word: le competenze del futuro. Il mondo nelle nostre mani"****Codice identificativo progetto: M4C1I3.1-2023-1143-P-31361****C.U.P.: I74D23001910006**

Il/la sottoscritto/a ROBERTA M. BENEDICTI, nato/a a CUNEO  
 il 15/03/65 e residente in VIA ALLENDE 16  
 a (comune e provincia) MEDICINA (BO)  
 CF BND RRT 65 C 55 D 2054, Telefono 335 5878285  
 email/pec roberto.benedicti@icmedicina.it, con la presente  
istruzioni

consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di partecipare alla selezione per la figura di **(barrare con X la voce che interessa. Si ricorda che è possibile presentare richiesta solo per un profilo):**

|   | RUOLO                                                                                                                                                                               | FIGURA PROFESSIONALE |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|   | DOCENTE ESPERTO per potenziamento delle discipline scientifiche, tecnologiche, matematiche, degli studenti delle classi prime della secondaria, laboratorio "Quadriamo il bilancio" | DOCENTE              |
| X | DOCENTE/I TUTOR per potenziamento delle discipline scientifiche, tecnologiche, matematiche, degli studenti delle classi prime della secondaria, laboratorio "Quadriamo il bilancio" | DOCENTE              |

- ☒ in servizio presso questa Istituzione scolastica;  
☐ in servizio presso altra Istituzione scolastica;  
☐ in servizio presso altra Pubblica Amministrazione; esterno alla Pubblica Amministrazione;  
☐ Esterno alla Pubblica Amministrazione

A tal fine, **dichiara**, sotto la propria responsabilità:di possedere i seguenti requisiti generali: **(Barrare con una "X" il possesso dei requisiti richiesti)**☒ di aver preso visione delle condizioni previste dall'Avviso interno e di accettare e approvare

$$\begin{aligned} & \text{Per } X = \text{per } x^2 = (x^2 - 1)(x + 1) = (x - 1)(x + 1)(x + 1) \\ & \text{Per } X = \text{per } x^2 = (x^2 - 1)(x + 1) = (x - 1)(x + 1)(x + 1) \end{aligned}$$

Per  $X = \text{per } x^2 = (x^2 - 1)(x + 1) = (x - 1)(x + 1)(x + 1)$

senza riserva il suo contenuto;

- ☒ di essere in godimento dei diritti politici e civili;
- ☒ di non aver subito condanne penali ovvero di avere i seguenti provvedimenti penali \_\_\_\_\_;
- ☒ di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di avere i seguenti procedimenti penali \_\_\_\_\_;
- ☒ di non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità con l'incarico previsti dalla norma vigente;
- ☒ che quanto dichiarato sul proprio curriculum corrisponde a verità;
- ☒ di essere Docente con contratto a tempo indeterminato;
- ☒ di essere titolare presso l'Istituto Comprensivo Statale di Medicina;
- ☒ di essere in possesso dei requisiti minimi previsti dall'avviso.

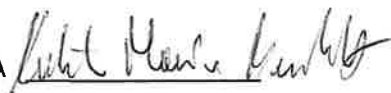
Allega alla presente:

- Copia documento di identità
- Dichiarazione di insussistenza vincoli di incompatibilità
- CV in formato europeo completo dei dati personali
- Copia del medesimo CV senza dati personali (necessario per l'eventuale inserimento dell'incarico nel sistema PerLaPA)
- Griglia di valutazione compilata

Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei propri dati personali, effettuato per le finalità legate al presente avviso, pubblicata dall'Istituto al link: <https://icmedicina.edu.it/privacy-2/>

Data e Luogo 3/04/2024

FIRMA



1. OGGETTO : ..... 2. PROTOCOLLO : ..... 3. DATA : .....

4.

5.

6.

7.

8. CAUSE : ..... 9. CAUSE : ..... 10. CAUSE : ..... 11. CAUSE : ..... 12. CAUSE : .....

13.

14.

15. CAUSE : ..... 16. CAUSE : ..... 17. CAUSE : ..... 18. CAUSE : ..... 19. CAUSE : .....

20. CAUSE : ..... 21. CAUSE : ..... 22. CAUSE : ..... 23. CAUSE : ..... 24. CAUSE : .....

25. CAUSE : ..... 26. CAUSE : ..... 27. CAUSE : ..... 28. CAUSE : ..... 29. CAUSE : .....

30. CAUSE : ..... 31. CAUSE : ..... 32. CAUSE : ..... 33. CAUSE : ..... 34. CAUSE : .....

35.

36.

37. CAUSE : ..... 38. CAUSE : ..... 39. CAUSE : ..... 40. CAUSE : ..... 41. CAUSE : .....

42.

43.

44.

45.