



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

Via Gramsci, 2/A 40059 MEDICINA (BO) - Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005

### Allegato 1 istanza di partecipazione

### AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO MEDICINA

**Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA SELEZIONE DI PERSONALE INTERNO- TUTOR** “Fondi Strutturali Europei – Programma Operativo Nazionale “Per la scuola, competenze e ambienti per l’apprendimento” 2014-2020. Avviso pubblico”**Competenze di base in chiave innovativa**” Asse I- Istruzione –Fondo Sociale Europeo (FSE). Obiettivo specifico 10.2 – **Miglioramento delle competenze chiave degli allievi, anche mediante il supporto dello sviluppo delle capacità di docenti, formatori e staff.** Azione 10.2.2.-Azioni di integrazioni e potenziamento delle aree disciplinari di base Progetto autorizzato con nota prot. **AOODGEFID/196 del 10/01/2018** dal MIUR - dal titolo **“Migliora-menti in corso”** – codice **10.2.2A-FSEPON-EM-2017-147** - importo finanziato pari a Euro **44.905,20**;

Il/La sottoscritto/a

COGNOME

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NOME

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CODICE FISCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DATA DI NASCITA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

LUOGO DI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PROVINCIA

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

COMUNE DI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PROVINCIA

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

VIA/PIAZZA/CORSO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

CAP

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

TELEFONO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

E-MAIL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SCRIVERE ANCHE E-MAIL IN STAMPATELLO



# **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

Via Gramsci, 2/A 40059 MEDICINA (BO) - Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005

e di essere inserito/a nella graduatoria di “Tutor” per le attività del PON FSE dal titolo “MIGLIORAMENTI IN CORSO” – codice 10.2.2A-FSEPON-EM-2017-147 nei seguenti Moduli

|                          | <b>Titolo modulo e Attività</b>                      | <b>Ore</b> | <b>Allievi</b>                     | <b>Figura Professionale</b> | <b>Titoli di accesso richiesto</b>  |
|--------------------------|--|------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Filastrocche digitali</b>                         | 30         | Fino a 30 alunni scuola primaria   | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>Treno per Hogwarts Binario 9 e ¾ per Medicina</b> | 30         | Fino a 30 alunni scuola secondaria | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>Problemi in gioco</b>                             | 30         | Fino a 30 alunni scuola primaria   | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>Risolviamo il problema</b>                        | 30         | Fino a 30 alunni scuola secondaria | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>AllenMente</b>                                    | 30         | Fino a 30 alunni scuola secondaria | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>From Fairy tale to dream</b>                      | 30         | Fino a 30 alunni scuola primaria   | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>English dream</b>                                 | 30         | Fino a 30 alunni scuola secondaria | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>Certificazione ket</b>                            | 30         | Fino a 30 alunni scuola secondaria | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |
| <input type="checkbox"/> | <b>Once upon a time</b>                              | 30         | Fino a 30 alunni scuola primaria   | n. 1 Tutor                  | Titolo di studio specifico (Laurea o Diploma abilitante all'insegnamento) o esperienze specifiche documentate |

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia e preso atto delle tematiche proposte nei percorsi formativi

## **DICHIARA**

Sotto la personale responsabilità di:

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- godere dei diritti civili e politici;



### **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

Via Gramsci, 2/A 40059 MEDICINA (BO) - Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005

- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- essere in possesso dei requisiti essenziali previsti del presente avviso;
- aver preso visione dell'Avviso e di approvarne senza riserva ogni contenuto;
- di essere consapevole che può anche non ricevere alcun incarico/contratto;
- di possedere titoli e competenze specifiche più adeguate a trattare i percorsi formativi scelti.

#### **Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità**

- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l'attuazione delle iniziative cofinanziate dai Fondi Strutturali europei 2014/2020, in particolare di:
- di non essere collegato, né come socio né come titolare, alla ditta che ha partecipato e vinto la gara di appalto.
- di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante dell'Istituto e di altro personale che ha preso parte alla predisposizione del bando di reclutamento, alla comparazione dei curricula degli astanti e alla stesura delle graduatorie dei candidati.

Come previsto dall'Avviso, allega:

- ***copia di un documento di identità valido;***
- ***Curriculum Vitae in formato europeo con indicati i riferimenti dei titoli valutati di cui all'allegato 2 - Tabella di autovalutazione.***
- Dichiarare, inoltre:
- di conoscere e saper usare la piattaforma on line "Gestione Programmazione Unitaria - GPU"
- di conoscere e di accettare le seguenti condizioni:
  - o Partecipare, su esplicito invito del Dirigente, alle riunioni di organizzazione del lavoro per fornire e/o ricevere informazioni utili ad ottimizzare lo svolgimento delle attività;
  - o Concorrere alla definizione della programmazione didattica delle attività ed alla definizione dei test di valutazione della stessa;
  - o Concorrere alla scelta del materiale didattico o predisporre apposite dispense di supporto all'attività didattica;
  - o Concorrere, nella misura prevista dagli appositi regolamenti, alla registrazione delle informazioni riguardanti le attività svolte in aula e la valutazione delle stesse sulla piattaforma ministeriale per la gestione dei progetti;
  - o Svolgere le attività didattiche nei Plessi dell'Istituto;
  - o Redigere e consegnare, a fine attività, su apposito modello, la relazione sul lavoro svolto.

Elegge come domicilio per le comunicazioni relative alla selezione:



- **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

Via Gramsci, 2/A 40059 MEDICINA (BO) - Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005

- ☐ La propria residenza
- ☐ altro domicilio: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a con la presente, ai sensi degli articoli 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003 e ex art.13 del Regolamento Europeo 2016/679, per il trattamento dei dati personali dei dipendenti

**DICHIARA**

di aver preso visione dell'Informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Decreto legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e artt. 13-14 GDPR (General data protection regulation).

Di essere consapevole:

- che il conferimento dei dati richiesti è indispensabile a questa istituzione scolastica per l'assolvimento dei suoi obblighi istituzionali e il consenso non è richiesto per i soggetti pubblici e quando il trattamento è previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- che, ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 196/2003, in alcuni casi il trattamento può essere effettuato anche senza il consenso dell'interessato;
- che in ogni momento si potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs 196/2003 e artt. 15-22 del GDPR.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma

