



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

Via Gramsci, 2/A - 40059 MEDICINA (BO)

Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005 – C.U.: UFS0AF

Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596

Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it

Sito Web: <https://icmedicina.edu.it>

CUP I74C23000050007

**A tutto il personale
ATA dell'I.C. di
MEDICINA**

Oggetto: PON Progetto 10.1.1A-FSEPON-EM-2023-36 - Nota di Adesione prot. n. 36723 del 15/03/2023. “Benvenuti a scuola!”

In previsione dell'avvio del progetto PON FSE relativo all'oggetto, si chiede, al personale amministrativo, di compilare il modulo allegato e consegnarlo all'ufficio protocollo entro il 27/05/2023, per comunicare la propria disponibilità a svolgere servizio attinente al proprio profilo, nei giorni e negli orari che saranno successivamente comunicati. Gli impegni consisteranno in 15 (quindici) ore:

PROFILO RICHIESTO	ORE
Assistente amministrativo – con esperienza area alunni, protocollo ed incarichi al personale	15

Il progetto dovrà concludersi ed essere rendicontato entro il 22/09/2023 salvo proroghe.

In attesa di riscontro, cordiali saluti.

DSGA

Andrea Minghetti

tmp/c7bd0a9a-0e8d-4cf4-97d6-345f4984c10e/2c138e22-26e8-4bf2-8c3b-20d010cdbe76.docx



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

Via Gramsci, 2/A - 40059 MEDICINA (BO)

Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005 – C.U.: UFS0AF

Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596

Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it

CUP I74C23000050007

MODELLO DOMANDA PERSONALE ATA

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO DI MEDICINA**

Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione finalizzata al reclutamento di Personale ATA “Fondi Strutturali Europei – Programma Operativo Nazionale “Per la scuola, Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE). Asse I – Istruzione – Obiettivi Specifici 10.1, 10.2 e 10.3 – Azioni 10.1.1, 10.2.2 e 10.3.1 – Nota di Adesione prot. n. 36723 del 15/03/2023 cod. progetto 10.1.1A-FSEPON-EM-2023-36 - Nota di Adesione prot. n. 36723 del 15/03/2023 - importo finanziato pari a Euro 5.082,00;

Il/La sottoscritto/a

COGNOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA DI NASCITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LUOGO DI NASCITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROVINCIA

--	--	--	--

COMUNE DI RES.ZA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROVINCIA

--	--	--	--

VIA/PIAZZA/CORSO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.

--	--	--	--

CAP

--	--	--	--	--	--

TELEFONO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BOIC867005 - A1D9E06 - Registro Protocollo I.C. di MEDICINA - 0005456 - 23/05/2023 - VII - U

SCRIVERE ANCHE E-MAIL IN STAMPATELLO

in qualità di

- ☐ ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
☐ COLLABORATORE SCOLASTICO

DICHIARA

di la propria disponibilità alla partecipazione quale:

- ☐ ASSISTENTE AMMINISTRATIVO con esperienza area alunni, protocollo ed incarichi al personale

Per le attività del PON FSE 2014-2020 del progetto avente codice progetto 10.1.1A-FSEPON-EM-2023-36 e titolo "Benvenuti a scuola!"

a) 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;

b) Privacy

Il/la sottoscritto/a con la presente, ai sensi degli articoli 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003 (di seguito indicato come "Codice Privacy") e successive modificazioni ed integrazioni,

AUTORIZZA

L'Istituto **Comprensivo di Medicina** al trattamento, anche con l'ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati personali forniti dal sottoscritto; prende inoltre atto che, ai sensi del "Codice Privacy", titolare del trattamento dei dati è l'Istituto sopra citato e che il sottoscritto potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali previsti dall'art. 7 del "Codice Privacy" (ivi inclusi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza degli stessi, conoscerne il contenuto e le finalità e modalità di trattamento, verificarne l'esattezza, richiedere eventuali integrazioni, modifiche e/o la cancellazione, nonché l'opposizione al trattamento degli stessi).

Data _____

FIRMA DEL CANDIDATO
