


**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 10.2.1.-Azioni specifiche per la scuola dell'infanzia Progetto autorizzato con nota prot. AOODGEFID/196 del 10/01/2018 dal MIUR - dal titolo “**Miglioram-enti per i piccoli**” – codice **10.2.1A-FSEPON-EM-2017-84** - importo finanziato pari a Euro **19.911,60**;

Il/La sottoscritto/a

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| COGNOME |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                 |  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| DATA DI NASCITA |  |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| LUOGO DI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| PROVINCIA |  |  |
|-----------|--|--|

|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| COMUNE DI RESIDENZA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| 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 “MIGLIORA-MENTI PER I PICCOLI” – codice 10.2.1A-FSEPON-EM-2017-84 nei seguenti Moduli :

| <b>Titolo modulo e Attività</b>             | <b>Ore</b> | <b>Allievi</b>                   | <b>Figur@ Professionale</b> | <b>Titoli di Accesso richiesto</b>   |
|---|------------|----------------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Che musica!</b> | 30         | Fino a 30 alunni scuola infanzia | 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;
- 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.



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

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

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.**

Dichiara, inoltre:

- di conoscere e saper usare la piattaforma on line “Gestione Programmazione Unitaria - GPU”
- di conoscere e di accettare le seguenti condizioni:
  - 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;
  - Concorrere alla definizione della programmazione didattica delle attività ed alla definizione dei test di valutazione della stessa;
  - Concorrere alla scelta del materiale didattico o predisporre apposite dispense di supporto all’attività didattica;
  - 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;
  - Svolgere le attività didattiche nei Plessi dell’Istituto;
  - Redigere e consegnare, a fine attività, su apposito modello, la relazione sul lavoro svolto.

Elegge come domicilio per le comunicazioni relative alla selezione:

- 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 dipende

**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;



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

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

- 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 \_\_\_\_\_