

**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- VALUTATORE “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 scuole dell’infanzia Progetto autorizzato con nota prot. **AODGEFID/196 del 10/01/2018** dal MIUR - dal titolo **“Migliora-menti 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

TITOLO DI STUDIO

☐ LAUREA (SPECIFICARE) _____☐ DIPLOMA (SPECIFICARE) _____**CHIEDE di essere ammesso/a alla procedura di cui all'oggetto in qualità di:**☐ **Interno****e di essere inserito/a nella graduatoria di:**☐ **Referente alla Valutazione**☐ **Facilitatore**per le attività previste dal PON FSE dal titolo **“Migliora-menti per i piccoli”** – codice **10.2.1A-FSEPON-EM-2017-84** – nei seguenti moduli:

Titolo modulo e Attività	Ore	Allievi	Titoli di accesso richiesto
Speak and fun	30	Fino a 30 alunni scuola infanzia	Titoli di studio Diploma di Laurea del vecchio ordinamento, Laurea specialistica o Laurea magistrale oppure
Hello children	30	Fino a 30 alunni scuola infanzia	
Percorsi	30	Fino a 30 alunni scuola infanzia	
Che musica!	30	Fino a 30 alunni scuola infanzia	Diploma di scuola secondaria – abilitante all'insegnamento



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

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

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.

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;



- **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

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

- 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 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