



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

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

Email: BOIC867005@ISTRUZIONE.IT – PEC: BOIC867005@PEC.ISTRUZIONE.IT

Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596

Sito Web: www.icmedicina.edu.it

Allegato 1 istanza di partecipazione

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

Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA SELEZIONE INTERNA DI REFERENTE alla VALUTAZIONE e FACILITATORE – “Fondi Strutturali Europei” – Programma Operativo Nazionale “Per la scuola, competenze e ambienti per l'apprendimento” 2014-2020. Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE). Obiettivo specifico 10.2 – Azione 10.2.2 sottoazione 10.2.2A “**Competenze di base**”. Avviso pubblico per lo sviluppo del pensiero logico e computazionale e della creatività digitale e delle competenze di “cittadinanza digitale” - Progetto autorizzato dal MIUR con nota prot. **AODGEFID/27748 del 24/10/2018** - dal titolo “**CreAttivaMente**” – codice **10.2.2A-FdRPOC-EM-2018-56**- importo finanziato pari a Euro **24.993,60**.

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

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

SCRIVERE ANCHE E-MAIL IN STAMPATELLO



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

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

Email: BOIC867005@ISTRUZIONE.IT – PEC: BOIC867005@PEC.ISTRUZIONE.IT

Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596

Sito Web: www.icmedicina.edu.it

TITOLO DI STUDIO

☐ LAUREA (specificare) _____

☐ DIPLOMA (specificare) _____

CHIEDE di essere ammesso/a alla procedura di selezione di cui all'oggetto in qualità di:

☐ **Interno**

e di essere inserito/a nella graduatoria di

☐ **REFERENTE alla VALUTAZIONE**

☐ **FACILITATORE**

per le attività del PON dal titolo "CreAttivaMente" – **codice 10.2.2A-FdRPOC-EM-2018-56**

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 aspiranti 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.**



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

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

Email: BOIC867005@ISTRUZIONE.IT – PEC: BOIC867005@PEC.ISTRUZIONE.IT

Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596

Sito Web: www.icmedicina.edu.it

- Dichiarare, inoltre:
- di conoscere 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:

☐ La propria residenza

☐ altro domicilio: _____

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 _____