

**FUTURA**

**LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

**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/>

C.U.P.: I74D23000410006

A tutti i Collaboratori Scolastici  
dell'I.C. di Medicina

**Oggetto: PNRR progetto: M4C1I3.2-2022-961-P-25115 PIANO SCUOLA 4.0 – AZIONE 1 –  
NEXT GENERATION CLASSROOM – D.M.N.218/2022.**

Visto l'avvio del progetto PNRR relativo all'oggetto, questo ufficio ricerca la disponibilità di 4 (quattro) collaboratori scolastici, per lo svolgimento del servizio attinente al proprio profilo, nei giorni e negli orari che saranno comunicati, compilando il modulo allegato e consegnandolo all'ufficio protocollo entro il 31/1/2024. Gli impegni consisteranno in 20 (venti) ore a modulo per collaboratore scolastico:

	<b>PROFILO RICHIESTO</b>	<b>ORE</b>
1	COLLABORATORE SCOLASTICO	20
2	COLLABORATORE SCOLASTICO	20
3	COLLABORATORE SCOLASTICO	20
4	COLLABORATORE SCOLASTICO	20

Il progetto dovrà concludersi entro il 31/08/2025, salvo proroghe.

In attesa di riscontro, si inviano cordiali saluti.

L DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Paolo Castellana*

Firmato digitalmente da PAOLO CASTELLANA

**FUTURA****LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEUMinistero dell'Istruzione  
e del MeritoItaliadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**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/>**C.U.P.: I74D23000410006****MODELLO DOMANDA PERSONALE ATA****AL DIRIGENTE SCOLASTICO****dell'ISTITUTO COMPRENSIVO DI MEDICINA**

**Oggetto:** Domanda di partecipazione alla selezione finalizzata al reclutamento di Personale ATA  
*"PIANO SCUOLA 4.0 – AZIONE 1 - NEXT GENERATION CLASSROOM – D.M.N.218/2022*  
*"Scuole innovative, cablaggio, nuovi ambienti di apprendimento e laboratori" cod. progetto:*  
*M4C1I3.2-2022-961-P-25115 - importo finanziato pari a Euro 216.097,29*

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

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

Firmato digitalmente da PAOLO CASTELLANA

E-MAIL

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

SCRIVERE ANCHE E-MAIL IN STAMPATELLO

in qualità di

☐ COLLABORATORE SCOLASTICO

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla partecipazione quale:

Per le attività del **“PIANO SCUOLA 4.0 – AZIONE 1 - NEXT GENERATION CLASSROOM – D.M.N.218/2022 “Scuole innovative, cablaggio, nuovi ambienti di apprendimento e laboratori”** cod. progetto: **M4C1I3.2-2022-961-P-25115**.

**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

\_\_\_\_\_