



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>

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

**Oggetto: PON Progetto 10.2.2A-FDRPOC-EM-2018-56- Avviso 2669 del 03/03/2017.
“Cittadinanza e creatività digitale”**

In previsione dell'avvio del progetto PON FSE relativo all'oggetto, si chiede, a tutto il personale ATA, di compilare il modulo allegato e consegnarlo all'ufficio protocollo entro il 15/04/2018, 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 10 (dieci) ore a modulo per assistente amministrativo:

PROFILO RICHIESTO	ORE
Assistente amministrativo – con esperienza area alunni e protocollo	10
Assistente amministrativo – con esperienza area personale, avvisi pubblici, bandi e pagamento compensi	10
Assistente amministrativo – con esperienza area personale, avvisi pubblici, bandi e pagamento compensi	10
Assistente amministrativo – con esperienza area contabilità (contratti esperti – ordini – fatturazioni/pagamenti e rendicontazioni)	10
Assistente amministrativo – con esperienza area contabilità (contratti esperti – ordini – fatturazioni/pagamenti e rendicontazioni)	10
Collaboratore scolastico	Indicare successivamente

Il progetto dovrà concludersi entro il 31/08/2019 salvo proroghe.

In attesa di riscontro, cordiali saluti.

DSGA

Andrea Minghetti



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

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, competenze e ambienti per l'apprendimento” 2014-2020. Avviso pubblico “Cittadinanza e creatività digitale” cod. progetto 10.2.2A-FDRPOC-EM-2018-56- Avviso 2669 del 03/03/2017 - 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

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

Firmato digitalmente da Andrea Minghetti

E-MAIL

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

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 e protocollo
☐ ASSISTENTE AMMINISTRATIVO con esperienza area personale, avvisi pubblici, bandi e pagamento compensi
☐ ASSISTENTE AMMINISTRATIVO con esperienza ufficio contabilità

☐ COLLABORATORE SCOLASTICO

Per le attività del PON FSE 2014-2020 del progetto avente codice progetto 10.2.2A-FDRPOC-EM-2018-56 e titolo **“Cittadinanza e creatività digitale”**

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
