

**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: [www.icmedicina.gov.it](http://www.icmedicina.gov.it)

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

**Oggetto: PON Progetto 10.2.5A-FSEPON-EM-2018-36 - Avviso 4427 del 02/05/2017.  
Potenziamento dell'Educazione al Patrimonio Culturale Artistico, Paesaggistico**

**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 12/11/2018, 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:**

PROFILO RICHIESTO	ORE
Assistente amministrativo – con esperienza area alunni e protocollo	14
Assistente amministrativo – con esperienza area personale, avvisi pubblici, bandi e pagamento compensi	14
Assistente amministrativo – con esperienza area contabilità (contratti esperti – ordini – fatturazioni/pagamenti e rendicontazioni)	20
Collaboratore scolastico	Indicate successivamente

**Il progetto dovrà concludersi entro il 31/08/2019.**

**In attesa di riscontro, cordiali saluti.**

**DSGA**

**Andrea Minghetti**



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 **10.2.5A-FSEPON-EM-2018-36** e titolo "**Il Codice e il territorio**"

**a) Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità**

- di non trovarsi in nessuna della 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

\_\_\_\_\_