



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

CUP I75B1700040007

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

**Oggetto: PON Progetto 10.1.6A-FSEPON-EM-2018-46 - Avviso 2999 del 13/03/2017.
Orientamento formativo e ri-orientamento "Verso il futuro"**

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 17/12/2018, 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	25
Assistente amministrativo – con esperienza area personale, avvisi pubblici, bandi e pagamento compensi	25
Assistente amministrativo – con esperienza area contabilità (contratti esperti – ordini – fatturazioni/pagamenti e rendicontazioni)	30
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 **10.1.6A-FSEPON-EM-2018-46** e titolo **“Verso il Futuro”**

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
