

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ recapito cell. \_\_\_\_\_ indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in servizio con la qualifica di \_\_\_\_\_

Figura per cui si partecipa	Barrare la casella per la scelta di adesione	Barrare la casella per la scelta di NON ADERIRE
Assistente Amministrativo		
Collaboratore Scolastico		

- ☐ di impegnarsi a documentare puntualmente tutta l'attività svolta
- ☐ di essere disponibile ad adattarsi al calendario definito dal Gruppo Operativo di Piano
- ☐ di non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità con l'incarico previsti dalla norma vigente

Data	firma
------	-------

Allega alla presente

- 1) Copia del Documento di identità

Il/la sottoscritto/a, ai sensi della legge 196/03 e successive modifiche GDPR 679/2016, autorizza l'istituto\_\_\_\_\_ al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione

Data\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_