

DISPONIBILITÀ' PERSONALE A.T.A. NELL'AMBITO DEL PROGETTO REGIONALE L.R. 7/2024, art. 7 commi 16-19

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Lestizza Talmassons Mortelegliano Castions

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente
in _____ alla via _____, codice fiscale _____
in relazione al proprio profilo ☐ ATA - Assistente Amministrativo

COMUNICA

o di essere ____ /o non essere ____ (barrare con una X la voce che interessa) disponibile ad assumere un incarico
aggiuntivo in base a quanto stabilito dal Progetto Regionale L.R. 7/2024, art. 7, commi 16-19

DICHIARA

di essere:

in servizio presso _____ con orario ____/36;

di accettare:

- a) l'attività e gli orari in base a quanto stabilito dal Dirigente Scolastico nella comunicazione prot. n. _____ del _____;
- b) pari a ore _____;
- b) il compenso omnicomprensivo previsto per ogni ora resa e documentata;
- c) che la liquidazione del compenso avverrà solo ad effettivo svolgimento dei compiti assegnati e alla valutazione dei risultati conseguiti in base agli impegni e/o agli obiettivi assegnati.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i maggiori compiti connessi con la realizzazione del progetto comporteranno un impegno lavorativo in base alle ore stabilite dall'Amministrazione. Pertanto, accetta di svolgere tali attività secondo il calendario che sarà predisposto.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L.gs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e ss.mn.ii. per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Emanuela Maria Grazia Provenzano

Il DSGA
Isabella Zamarian