

ALLEGATO A istanza di partecipazione FIGURE PROFESSIONALI PNRR DISPERSIONE - CS

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ via _____

recapito tel. _____ recapito cell. _____

indirizzo E-Mail _____ indirizzo PEC _____

in servizio presso _____ con la qualifica di _____

COMUNICA

la propria disponibilità per l'attribuzione dell'incarico, di COLLABORATORE SCOLASTICO

- INTERNO all'istituzione scolastica;**
 ESTERNO all'istituzione scolastica;

a valere sul progetto, *Progetto* "Il contagio della creatività", CUP: F94D22004410006 Codice progetto
M4C111.4-2022-981-P-24841.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti. Nel caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara** sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di aver preso visione delle condizioni previste dal bando
- di essere in godimento dei diritti politici
- di non aver subito condanne penali ovvero di avere i seguenti provvedimenti penali

-
- di non avere procedimenti penali pendenti, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti:

-
- 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

di avere la competenza informatica l'uso della piattaforma on line "Gestione progetti PNRR"

Data _____ firma _____

Si allega alla presente

- Documento di identità in fotocopia
- Dichiarazione di inesistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interessi (Allegato B2)
- Curriculum Vitae in formato Europeo

N.B.: **La domanda priva degli allegati non verrà presa in considerazione**

DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

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

Data _____ firma _____

CRITERI DI SELEZIONI DELIBERATI DAL CONSIGLIO DI ISTITUTO (delibera n. 15 del 14/11/2023)

ATTIVITA' DI SUPPORTO OPERATIVO
Titolo di accesso/servizio
Collaboratore scolastico
*Le ore verranno equamente distribuite tra tutti coloro che avranno dato disponibilità cercando di contemperare le esigenze di servizio e quelle personali nel rispetto dei principi di trasparenza, rotazione e pari opportunità.

Data _____ firma _____