

Al **Dirigente Scolastico**
Istituto Comprensivo di Motta di Livenza

Domanda di adesione alla selezione avviso PON CARE Personale ATA - Assistenti Amministrativi

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ via _____

cell. _____ indirizzo e-mail _____

in servizio con la qualifica di Assistente Amministrativo a tempo determinato / indeterminato presso la Segreteria dell'IC di Motta di Livenza.

DICHIARA

La propria disponibilità a partecipare al progetto

AVVISO PON CARE – “IO E TE A SCUOLA” - CUP: E34C23000170007

Codice Progetto: 10.1.1A-FSEPON-VE-2023-23

Programma Operativo Nazionale “Per la scuola, competenze e ambienti per l’apprendimento” 2014-2020. Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE). Asse I – Istruzione – Obiettivi Specifici 10.1, 10.2 e 10.3 – Azioni 10.1.1, 10.2.2 e 10.3.1 – Nota di Adesione prot. n. 36723 del 15/03/2023 – Per la realizzazione di percorsi formativi volti a favorire l’inclusione degli alunni e alunne, delle studentesse e degli studenti provenienti dall’ Ucraina nel nuovo contesto scolastico e sociale, anche attraverso un rafforzamento delle competenze chiave, in attuazione del Decreto del Ministro dell’istruzione e del merito n. 25 del 15/02/2023 (CARE)

in qualità di supporto amministrativo-contabile e servizi generali.

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:

- A. di aver preso visione delle condizioni previste dal bando;
- B. di essere in godimento dei diritti politici;
- C. di non aver subito condanne penali ovvero di avere i seguenti provvedimenti penali pendenti:
_____;
- D. di non avere procedimenti penali pendenti, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti:
_____;
- E. di impegnarsi a documentare puntualmente tutta l’attività svolta;
- F. di essere disponibile ad adattarsi al calendario definito dal Gruppo Operativo di Piano;
- G. di non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità con l’incarico previsti dalla norma vigente.

Data

Firma

Si allega alla presente

Documento di identità in fotocopia

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

Data

Firma