

Oggetto: Candidatura per la selezione di personale necessario alla realizzazione delle attività connesse alle "Azioni di prevenzione e contrasto della dispersione scolastica" ai sensi del DM 19-24

Il/la sottoscritto/a _____ CODICE FISCALE _____ nato/a _____
prov. (___) il _____ e residente in _____ via _____
cap. _____ tel./cell. _____ indirizzo di posta elettronica _____
assunto presso _____ con contratto a tempo determinato/indeterminato in qualità di _____, presenta la propria candidatura in qualità di:

- Supporto amministrativo (solo ed esclusivamente per il profilo Assistente Amministrativo), come indicato nell'Avviso.
- Supporto tecnico ai percorsi formativi (solo ed esclusivamente per il profilo Assistente Tecnico), come indicato nell'Avviso.
- Supporto operativo ai percorsi formativi (solo ed esclusivamente per il profilo Collaboratore Scolastico), come indicato nell'Avviso.

Il/La Sottoscritto/a, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del c.p. e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR 445/2000.

DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso pubblico in oggetto
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- di essere disponibile a svolgere, fin dall'assegnazione dell'incarico, senza riserva, i compiti e le funzioni previste dalla manifestazione di interesse.

Si allega:

- Informativa sul trattamento dei dati personali, firmata (All. B)
- Modello valutazione titoli (All. C)
- Curriculum vitae e professionale in formato europeo, sottoscritto;
- Copia del documento di identità.

Milano, _____

In Fede

**Informativa sul trattamento dei dati personali
(Art. 13 del Regolamento UE 679/2016)
AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI**

L'istituto di Istruzione Superiore "Luigi Galvani" di Milano, in qualità di titolare del trattamento, informa che tutti i dati personali che riguardano i formatori saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali di monitoraggio sulla qualità dell'offerta formativa per l'aggiornamento professionale, come da informativa pubblicata.

Il sottoscritto _____ avendo preso atto dell'informativa indicata

AUTORIZZA

L'istituto di Istruzione Superiore "Luigi Galvani" di Milano 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 (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 autografa _____

TABELLA DI VALUTAZIONE TITOLI

CRITERI DI SELEZIONE		AUTOVALUTAZIONE	VALUTAZIONE COMMISSIONE
TITOLO DI STUDIO	Laurea specialistica o vecchio ordinamento 2 PUNTI		
	Diploma d'Istituto Secondario di secondo grado 1 PUNTO		
TITOLI CULTURALI	Certificazione informatica ECDL, EIPASS (max 1 certificazione) 3 PUNTI		
	Certificazione linguistica B1 o superiore (max 1 certificazione) 2 PUNTI		
ANNI DI SERVIZIO	Anzianità di servizio nel ruolo di appartenenza 1 PUNTO per ogni anno di servizio		
TOTALE PUNTEGGIO			

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ residente a _____ via
_____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico indicato

a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'Amministrazione.

b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 e successive modifiche.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs. n. 39/2013.

Data _____

Firma
