**ALLEGATO A**

**Al Dirigente Scolastico**

Dell’Istituto Comprensivo di Loiano Monghidoro

Via Michele dei Ramazzotti n.24

40063 Monghidoro

*Oggetto: Selezione Docenti e Ata per azioni di supporto*

|  |  |
| --- | --- |
| Codice identificativo progetto: 10.1.1A-FSEPON-EM-2017-94 | Titolo progettoApri...Amo la scuola” |

CUP ***D59G17000880007***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Recapito telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito tel.cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo E-Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l’attribuzione dell’incarico di

 Personale Docente di supporto  Personale ATA di supporto

relativo al progetto 10.1.1A-FSEPON-EM-2017-94

per il modulo:

|  |
| --- |
|  PRATICA PSICOMOTORIA EDUCATIVA E PREVENTIVA |
|  A scuola "io ci sto bene!!!" |

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 del bando*;*
* di essere cittadino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in godimento dei diritti politici;
* di essere Docente della Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed in servizio presso codesta Istituzione Scolastica dall’ Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver subito condanne penali
* di possedere competenze per operare autonomamente su la GPU
* di possedere il seguente titolo di studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a, ai sensi della legge 196/03, autorizza L’Ente Scolastico al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione.*

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_