**ALLEGATO A) “Istanza di partecipazione**

**OGGETTO: AVVISO AL PERSONALE INTERNO DI SELEZIONE PERSONALE ATA -PROGETTO PON “NonUnodiMeno” (Identificativo progetto 10.1.1A-FSEPON-PU-2021-377 - CUPB39J21006750006) Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE) – AZIONI 10.1.1A- 10.2.2A**

**Avviso interno selezione Personale ATA.**

**Domanda di partecipazione alla selezione**

Al Dirigente Scolastico

Prof.ssa LATERZA Veronica

I.C. SALVE-MORCIANO-PATU’

Il/La sottoscritto/a ………………………………..………..…………..C.F. ……………………………….

nato/a a ………………………………………………..…………………….. il ………………..…………

tel. ………………………………….. cell…………………..…….. e-mail …………….…………………

**presa visione dell’avviso interno per selezione del PERSONALE ATA prot. n. 6439 del 21.09.2021**

|  |  |
| --- | --- |
| CHIEDE |  |
| di partecipare alla selezione di personale ATA per il seguente profilo: |  |
|  |  |
| **Personale ATA** |  |
| Assistenti amministrativi |  |
| Collaboratori scolastici |  |

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 essere cittadino ………………..;
* di essere in godimento dei diritti politici;
* di prestare servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver subito condanne penali ovvero di avere i seguenti provvedimenti penali pendenti……………

Il/La sottoscritto/a consente il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del D. Lg.vo 30/06/2003, n. 196, e dal Regolamento definito con Decreto Ministeriale 07/12/2006, n. 305, per le esigenze e le finalità dell’incarico di cui alla presente domanda Il/la sottoscritto/a dichiara fin d’ora di accettare tutte le condizioni previste dalla normativa e dalla selezione.

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

**DICHIARAZIONE SULL’INSUSSISTENZA di CAUSE di INCOMPATIBILITA’**

Il/La sottoscritto/a ………………………………..………..…………..C.F. ……………………………….

nato/a a ………………………………………………..…………………….. il ………………..…………

tel. ………………………………….. cell…………………..…….. e-mail …………….…………………

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.

\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_