**ASSISTENTI AMMINISTRATIVI**

**aspiranti all’utilizzo nel profilo di DSGA**

**per l’anno scolastico 2020/2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo:** |  | | |
| **Data di nascita:** |  | **Provincia di nascita:** |  |
| **Telefono:** |  | | |
| **Email:** |  | | |
| **P.E.C.** |  | | |

in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inserito/a nella graduatoria, di cui al decreto n. 359 del 02/09/2020, al posto n. ………… FASCIA ……..

**DICHIARA**

di non aver rinunciato a ricoprire l’incarico di DSGA presso la scuola di servizio per l’a.s. 2020/2021 e, pertanto, di **VOLER ESSERE UTILIZZATO/A NEL PROFILO DI DSGA** secondo il seguente ordine di preferenza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Istituzioni Scolastiche accorpate** | **Ordine di preferenza** |
| **I.C. BRIENZA + I.O. CORLETO PERTICARA** |  |
| **I.C. LATRONICO + I. O. VIGGIANELLO** |  |

**FIRMA DELL’ASPIRANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………….. dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali e di autorizzare l’Ufficio III – Ambito Territoriale di Potenza USR Basilicata e il Dirigente preposto al trattamento dei dati personali per le finalità connesse e necessarie allo svolgimento della presente procedura, ai sensi e con le garanzie di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016. Con la presente fornisce, inoltre, il proprio assenso alla pubblicazione del proprio nominativo sul sito Internet dell’AT Potenza [www.istruzionepotenza.it](about:blank) ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni.

Luogo e data ………………………………………………

F i r m a

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

SI ALLEGANO:

* Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

**PARTE DEL MODULO DI COMPETENZA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO:**

Il/La sottoscritto/a Dirigente Scolastico dell’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* CONFERMA che l’AA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_non ha rinunciato all’incarico di DSGA presso questo Istituto per l’a.s. 2020/21.

Luogo e data ………………………

F i r m a

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