**NOMINA A TEMPO INDETERMINATO**

**COLLABORATORE SCOLASTICO - POTENZA**

**A.S. 2021/2022**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Istituzioni Scolastiche** | | | | **Organico di Diritto** | **Ordine di preferenza** |
| PZIC893006 | Istituto Comprensivo |  | LAVELLO 2 | 1 |  |
| PZIC82600B | Istituto Omnicomprensivo | Villa D'Agri | MARSICOVETERE | 1 |  |
| PZIC842009 | Istituto Comprensivo | Ferrara-Marottoli | MELFI | 2 |  |
| PZIS028007 | Istituto Istruzione Superiore | Gasparrini | MELFI | 6 |  |
| PZIC857003 | Istituto Comprensivo |  | PIGNOLA | 1 |  |
| PZIC87900X | Istituto Comprensivo | L. Sinisgalli | POTENZA | 5 |  |
| PZIC89600N | Istituto Comprensivo | D.Savio | POTENZA | 3 |  |
| PZIC88800P | Istituto Comprensivo | Don Milani | POTENZA | 2 |  |
| PZRH010005 | I.P.S.S.E.O.A. | U. Di Pasca | POTENZA | 8 |  |
| PZVC01000G | Lic.Sc.Umane Conv. Naz. | Rosa-Gianturco | POTENZA | 4 |  |
| PZIC88900E | Istituto Comprensivo | Gesualdo Da Venosa | VENOSA | 1 |  |

|  |
| --- |
| **EVENTUALI COMUNICAZIONI (compresa la richiesta di part-time)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**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;
* Copia del codice fiscale;
* Eventuale dichiarazione di perdita/possesso dei benefici della l. 104/92.