**ESPRESSIONE DI PREFERENZA PER L’UTILIZZO SU POSTO DI DSGA**

**AI SENSI DELL’ART. 14 DEL CCNI 08/07/2020 PROROGATO PER L’A.S. 2023/2024**

**A.S. 2023/2024**

Il/La sottoscritto/a

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

Inserito/a negli Elenchi per l’utilizzo su posto di DSGA in altra scuola diversa da quella di titolarità costituiti ai sensi dell’articolo 14, comma 3 del CCNI sulle utilizzazioni ed assegnazioni provvisorie del personale della scuola sottoscritto l’8 luglio 2020, prorogato anche per l’a.s. 2023/2024, a seguito dell’intesa fra l’Amministrazione Centrale e le OO.SS., sottoscritto in data 13/06/2023, come da pubblicazione sul sito ufficiale del MIM; e, precisamente nella FASCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la fascia in cui è inserito: A, B, C o D)

**DICHIARA**

che, ai fini dell’individuazione per incarico di utilizzo ai sensi del su richiamato art. 14, comma 3, esprime la propria volontà a ricoprire l’incarico in qualità di DSGA facente funzione presso la seguente istituzione scolastica:

|  |  |
| --- | --- |
| **Istituzione Scolastica** | **Organico di Diritto/Fatto** |
| PZIC871009 | Istituto Comprensivo | Federico II | AVIGLIANO | OF |

**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 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.

Il presente modulo dovrà essere inviato esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

usp.pz@istruzione.it oppure usppz@postacert.istruzione.it

indicando nell’oggetto della e-mail: “**PERSONALE ATA-UTILIZZAZIONE DSGA IC FEDERICO II AVIGLIANO**”

**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. 2023/2024.

Luogo e data ………………………

F i r m a

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