

**PROGRAMMA OPERATIVO NAZIONALE**

**“Per la Scuola, competenze e ambienti per l’apprendimento**

**Programmazione 2014-2020**

***Istituto Comprensivo “Pietro Giannone”***

***di Ischitella e Rodi Garganico***

***via Pepe 65/67- 71010 Ischitella (FG)***

***e-mail:*** [***fgic80700v@istruzione.it***](mailto:fgic80700v@istruzione.it) ***- pec:*** [***fgic80700v@pec.istruzione.it***](mailto:fgic80700v@pec.istruzione.it) ***- website***: [***www.icgiannone.gov.it***](http://www.icgiannone.it/)

tel.0884996364 – C.M. FGIC80700V – C.F. 84004620716

Codice Univoco Ufficio: UF9ARM

Al Dirigente Scolastico

IC “GIANNONE”

**Domanda di disponibilità Personale A.T.A.**

Il/La sottoscritt\_ ........................................... C.F. ....................................... Nat\_.................................. ............................................. il ................................................ Tel. ......................... Cell. ..................... e-mail .............................................

domiciliato Via .................................. C.A.P. ............ Città .....................................................................

**SI DICHIARA DISPONIBILE**

a partecipare alle attività del PON- FSE- “Per la Scuola, competenze e ambienti per l’apprendimento” relativo al Fondo Sociale Europeo – Programmazione 2014-2020- Avviso del MIUR AOODGEFID\Prot. n. 1953 del 21/02/2017. Competenze di base, finalizzato alla realizzazione di “progetti di inclusione sociale e lotta al disagio nonché per garantire l’apertura delle scuole oltre l’orario scolastico soprattutto nelle aree a rischio e in quelle periferiche.”Progetto titolo: Progetto titolo: “**BUFFO-SBUFFO ...Respiro**” codice 10.2.1A-FSEPON-PU-2017-113”**(CUP:F85B17000110007)**

Il sottoscritto consente il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del D. Lg.vo30/06/2003 n.196, per le esigenze e le finalità dell’incarico di cui alla presente domanda.

Data, ..........................................

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*dott.ssa Angela De Paola*

(firma autografa sostituita a mezzo stampa

ai sensi dell’art. 3, c. 2 del D. Lgs. n. 39/1993)