**ALLEGATO A Modello di disponibilità**

**All’USR per la Basilicata**

**Ufficio III – Ambito Territoriale**

**di Potenza**

[**usp.pz@istruzione.it**](mailto:usp.pz@istruzione.it)

[**usppz@postacert.istruzione.it**](mailto:usppz@postacert.istruzione.it)

Il/la sottoscritto/a

*DATI ANAGRAFICI*

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono (mobile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fisso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC/PEO (posta elettronica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEDE DI SERVIZIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere disponibile a ricoprire l’incarico di componente del GLHP in qualità di insegnante di sostegno della scuola dell’infanzia

essere insegnante di sostegno di scuola dell’infanzia a tempo indeterminato, immesso/a in ruolo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

essere nella corrente annualità insegnante di sostegno di scuola dell’infanzia

avere maturato almeno **due anni** di anzianità di servizio come insegnante di sostegno di scuola dell’infanzia, escluso l’anno scolastico in corso, per complessivi n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anni

**DICHIARA ALTRESÌ**

\_\_\_ di non essere componente dell’organo di direzione politica dell’Amministrazione interessata, di non ricoprire cariche politiche o di non essere rappresentante sindacale o designato dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali

\_\_\_ di essere consapevole che l’incarico non comporta l’esonero dal servizio

\_\_\_ di essere consapevole che per l’incarico non spetta alcun compenso.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

Il/la sottoscritto/a, ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016, autorizza l’Ufficio III – Ambito Territoriale di Potenza al trattamento dei dati personali ai fini della procedura in argomento.

Il/la sottoscritto/a ha preso visione dell’informativa sul trattamento allegata al presente modello.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

SI ALLEGANO

* *CURRICULUM VITAE* AGGIORNATO
* DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ