**MODULO SCELTA DELLA SEDE**

**Procedura valutativa di cui al D.M. 1897 del 17 luglio 2024 per la regione Sardegna**

**FASE II (dal 27 al 28 agosto 2024)**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Il seguente ordine di preferenza nella scelta delle sedi (l’aspirante può incrementare il numero di righe della tabella per inserire le sedi oggetto di richiesta):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORDINE PREFERENZA** | **SEDE** | **CODICE MECCANOGRAFICO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRECEDENZA SCELTA SEDE EX L. 104/1992 (COMPILARE SE SI VUOLE FRUIRE DEI RELATIVI BENEFICI)\*** | |
| **TIPOLOGIA DI PRECEDENZA (PERSONALE O ASSISTENZA)** |  |
| **NOME E COGNOME DEL SOGGETTO DA ASSISTERE** |  |
| **LUOGO E DATA DI NASCITA SOGGETTO DA ASSISTERE** |  |
| **RESIDENZA SOGGETTO DA ASSISTERE** |  |
| **RAPPORTO DI PARENTELA/CONIUGIO COL SOGGETTO DA ASSITERE** |  |

* **IN CASO DI RICHIESTA DI FRUIRE DEL DIRITTO DI PRECEDENZA NELLA SCELTA DELLA SEDE SARA’ NECESSARIO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA DOCUMENTAZIONE PRESCRITTA DAL CCNL SULLA MOBILITA’ DEL PERSONALE SCOLASTICO E QUELLA INDICATA NELLA RELATIVA ORDINANZA MINISTERIALE VALEVOLI PER L’A.S. 2024/25**

|  |
| --- |
| **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** |
| Il sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali necessari all’espletamento della procedura amministrativa di cui alla presente domanda, secondo le modalità, le garanzie ed i termini di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679(GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) |

Si allega copia documento di identità.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_