Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

**ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO STATALE**

***"S. GIOVANNI BOSCO"***

Sc. Infanzia, Primaria e Secondaria di I g. **San Salvatore Telesino – Castelvenere**

Distretto Scolastico n.9 – C.F. 81002250629 – C.M. BNIC841008

Tel. e Fax 0824948247 – e-mail: bnic841008@istruzione.it

PEC: bnic841008@pec.istruzione.it Sto Web: www.icbosco.gov.it

**SAN SALVATORE TELESINO (BN) – Via Bagni, 46**

**AMBITO BN-05**

÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷

Prot. n. /IV.5 San Salvatore Telesino, ……../11/2019

**Al Docente……**

**Agli atti PON**

***OGGETTO*:** Richiesta autorizzazione svolgimento incarico aggiuntivo nell'ambito del PROGRAMMA Fondi Strutturali Europei – Programma Operativo Nazionale "Per la scuola, competenze e ambienti per l'apprendimento" 2014-2020. Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE).Obiettivo Specifico 10.2 – Obiettivo Specifico 10.2 Avviso pubblico AOODGEFID\Prot. 4396 del 9 marzo 2018 per la realizzazione di progetti di potenziamento delle competenze di base in chiave innovativa, a supporto dell'offerta formativa.
Obiettivo specifico 10.2 Miglioramento delle competenze chiave degli allievi
Sotto Azione 10.2.1 A Azioni specifiche per la scuola dell'infanzia
**Sotto Azione 10.2.2A Competenze di base**

Codice identificativo progetto: 10.2.1A-FSEPON-CA-2019-226 - CUP: G68H19001050007
**Codice identificativo progetto: 10.2.2A-FSEPON-CA-2019-414 - CUP: G68H19001060007**

**OGGETTO:** NULLA OSTA allo svolgimento di incarico aggiuntivo Progetto PON **10.2.2A-FSEPON-CA-2019-414**

## IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- **Presa visione** delle disposizioni regolamentari vigenti,
- **Presa visione** della richiesta/autorizzazione a svolgere incarico di ……..nel modulo/nei moduli…….. nell'ambito del **P**rogetto PON FSE COMPETENZE DI BASE **"Nuove opportunità formative " C**odice identificativo: 10.2.2A-FSEPON-CA-2019-414 presentata dal/la Prof./ Prof.ssa …….....
  in data ……

## RILASCIA

NULLA OSTA allo svolgimento dell'incarico richiesto dal/la docente……. dal/la Prof./Prof.ssa …… ATTESTA altresì che, in relazione alla presente richiesta, non sussistono cause di incompatibilità di diritto e di fatto o situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività di istituto svolte dal/dalla dipendente su citato/a.

**Il Dirigente Scolastico**
Prof.ssa Maria Ester Riccitelli
Firma autografa sostituita da indicazioni a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3 comma 2, D.Lgs. n. 39/1993