|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

TABELLA DI AUTOVALUTAZIONE

Per ogni voce della tabella di seguito riportata, compilare la colonna descrizione dettagliatamente e allegare documentazione chiaramente leggibile.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titolo di accesso |  Punteggio Max. | DescrizioneDa compilare a cura del candidato | Punti effettivi |
| Laurea Specialistica o Laurea vecchio ordinamento in Informatica e/o Ingegneria e Informatica + 4 anni di esperienza nel settore informatico come Libero Professionista e/o dipendente con esperienze documentate nella redazione di piani di sicurezza Privacy (redazione DPS o piano di disaster Recovery) | Max. 5 punti |  |  |
| Laurea Triennale in Informatica e/o Ingegneria Informatica + 5 anni di esperienza nel settore informatico come Libero Professionista e/o dipendente con esperienze documentate nella redazione di piani di sicurezza Privacy (redazione DPS o piano didisaster Recovery) |  |  |
| Diploma Scuola Secondaria Superiore indirizzo informatico + 8 anni esperienza nel settore informatico come Libero Professionista e/o dipendente con esperienze documentate nella redazione di piani di sicurezza Privacy (redazione DPS o piano di disaster Recovery) |  |  |
| Master e/o Corsi di specializzazione inerenti il settore Informatico tenuti da università |  |  |  |
| Master e/o Corso di specializzazione della durata minima di 1 anno o 1200 oreinerente le Tecnologie Informatica e/o le TIC applicate alla didattica (si valuta un solo titolo) | Max. 4 punti |  |  |
| Corsi di specializzazione e/o aggiornamento Informatica |  |   |  |
| Punti 2 per ogni certificazione informatica di base | Max.6 punti |  |  |
| Punti 1 per ogni Brevetto internazionale (Microsoft, Cisco, ecc…) | Max. 10 punti |  |  |
| Esperienze professionali nel settore Informatico |  |  |  |
| Punti 1 per ogni mese di lavoro svolto presso Istituzioni Scolastiche in qualità diResponsabile dei sistemi informativi o Amministratore di sistema (nell’ambito degli incarichi previsti dal codice privacy) | Max. 20punti |  |  |
| Punti 1 per ogni esperienza professionale relativa alla redazione di piani di disaster recovery o prestazione di servizi connessi alla redazione del DPS (Documento programmatico per la sicurezza dei dati) per le scuole. | Max. 10 punti |  |  |
| Punti 1 per ogni esperienza professionale nel settore privacy, se inerente alla tipologia dell’incarico e coerente con la figura richiesta; | Max. 5 punti |  |  |
| Punti 1 per ogni prestazione di servizio per la redazione delle misure minime di sicurezza informatica previste dalla circolare AGID 2/2017 presso scuole (da documentare con contratti e/o ordini) | Max. 10 punti |  |  |
|  Totale  |  70  |  |  |

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER AFFIDAMENTO INCARICO DI “RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” (Data Protection Officer - DPO)

**Al Dirigente Scolastico dell’I.I.S. “A. Pacinotti”**

**Via Caneve, 93 Mestre-Ve**

 Il/la sottoscritto/a nat\_ a

il / / e residente a prov. ( ) in via n. cap. Status professionale codice fiscale tel. Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura di selezione per il reperimento di “RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” (Data Protection Officer - DPO)

A tal fine allega:

* curriculum vitae;
* scheda esperto.

Il/a sottoscritt\_ dichiara sotto la propria responsabilità di:

* non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario;
* non essere sottoposto a procedimenti penali.

 Il/la sottoscritt\_\_ si impegna a svolgere l’incarico senza riserve e secondo il calendario approntato dal Dirigente.

 Il/la sottoscritt\_\_ dichiara di essere in possesso di idonea copertura assicurativa per infortuni e responsabilità civile. Con la società assicuratrice ……………………………(nome Assicurazione)

Il/la sottoscritt\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente

 , / /

 Firma

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

**DICHIARAZIONE DEI DATI PERSONALI PER COLLABORATORI ESTERNI**

## Il/la sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  |  |  |  |  | Nome |  |  |  |  |  |  | sesso M/F |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C.Fiscale |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  | ID estero\* |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **DICHIARA** |  |  |  |  |  |  | ***obbligatorio per residenti all'estero*** |  |
| **sotto la propria personale responsabilità:** |
| - di essere nato/a il |  |  |  |  |  | comune |  |  |  |  |  |  | prov. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - di essere residente invia/piazza |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | nr. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C.A.P. |  |  |  |  |  | comune |  |  |  |  |  |  | prov. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - di avere domicilio a |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| tel. | e-mail |
|  |  |
| - di avere la seguente cittadinanza |
| - di essere in possesso del titolo di studio |

- di essere titolare del numero di partita IVA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* di essere iscritto all'albo o elenco professionale
* di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale
* di essere dipendente dell'Ente pubblico\*\* o privato

indirizzo

* di svolgere attualmente la seguente professione
* di scegliere la seguente modalità di pagamento per il corrispettivo della collaborazione:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ID NAZ CIN EU | CIN | ABI | CAB | NUMERO CONTO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Codice SWIFT (BIC) |  | - *(obbligatorio per conto corrente estero)* |
|  |

|  |
| --- |
| coordinate bancarie IBAN - accredito su c/c bancario intestato o cointestato al  collaboratoreNominativo banca |
| Indirizzo banca |  |  |

**Il/la sottoscritto/a DICHIARA INOLTRE sotto la propria personale responsabilità:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DICHIARAZIONE DI TITOLARITA' DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA A FINI PREVIDENZIALI** |  |

- di essere titolare del seguente altro incarico di collaborazione:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Decorrenza incarico dal |  | al |

Dipartimento/Centro Oggetto dell'incarico:

## - [opzione 1] INCARICO PROFESSIONALE

|  |
| --- |
|  di essere titolare di partita IVA; |
| **- [opzione 2] INCARICO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA**di essere soggetto/a al regime contributivo di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - gestione separata del lavoro autonomo: |
|  contributo INPS pari al 34,23% del reddito imponibile; contributo INPS pari al 24,00% dovuto dai soggetti titolari di pensione diretta o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria; |
| **- [opzione 3] INCARICO OCCASIONALE** di **non essere** soggetto/a al regime contributivo delle opzioni 1/2 in quanto prestazione **occasionale**;***oppure***di essere soggetto/a al regime contributivo di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - gestione separata del lavoro autonomo: contributo INPS pari al 32,72% del reddito imponibile; contributo INPS pari al 24,00% dovuto dai soggetti titolari di pensione diretta o provvisti di altra tutela pensionistica obbligatoria;avendo già percepito, per l'anno fiscale in corso, compensi derivanti da prestazioni occasionali per un importo lordo totale uguale o superiore a 5.000,00 Euro (NOTA BENE: **non rientrano** nel conteggio del limite di 5.000,00 Euro i redditi derivanti da contratti di collaborazione coordinata e continuativa, da contratti a progetto, da rapporti di lavoro subordinato e da collaborazioni occasionali svolte presso I.I.S. “A. PACINOTTI” di Mestre-Ve |
| ***Importo lordo già percepito per prestazioni occasionali nell'anno fiscale in*** | ***corso:*** |  |

- di **NON** avere per l'anno in corso incarichi di qualsiasi genere in atto (conferiti o svolti nell'anno di riferimento) a carico della finanza pubblica italiana per importi **superiori** al limite massimo stabilito per il trattamento economico del Primo Presidente della Corte di Cassazione.

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Ai sensi delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali, La informo che l'I.I,S, 2°. PACINOTTI” di Mestre-Ve si impegna a rispettare la riservatezza delle informazioni fornite dal collaboratore: tutti i dati conferiti saranno trattati solo per finalità connesse e strumentali alla gestione della collaborazione, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data |  | Il collaboratore |

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

(\*) Codice da indicare obbligatoriamente da parte dei collaboratori residenti all'estero.

(\*\*) I collaboratori che sono dipendenti da Enti pubblici o Amministrazioni dello Stato, devono allegare l'autorizzazione a collaborare con l’I.I.S. “A. Pacinotti” di Mestre-Ve, rilasciata dal proprio Ente di appartenenza, secondo quanto disposto dall'art 53 D.Lgs. 165/2001.

(\*\*\*) I collaboratori residenti all'estero che si avvalgono della Convenzione per evitare la doppia imposizione, devono allegare la certificazione rilasciata dall'Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale o residenza.