

##### logo_colori.png

**PNRR – FORMAZIONE PERSONALE PER TRANSIZIONE DIGITALE D.M. 66/2023**

***Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza – Missione 4: Istruzione E Ricerca - Componente 1 Potenziamento dell’offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università - Investimento 2.1:*** ***Didattica digitale integrata e formazione alla transizione digitale del personale scolastico***

***Codice Progetto: M4C1I2.1-2023-1222***

***CUP: B14D23004290006***

***Titolo: FUTURE & CARE***

**ALLEGATO A**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

Senigallia Centro - Fagnani

**OGGETTO: AVVISO INTERNO SELEZIONE n. 1 ESPERTI FORMATORE e n. 1 TUTOR CORSO OFFICE BASE**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

docente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso codesto Istituto

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**C H I E D E**

di partecipare alla selezione interna prevista dall’Avviso in oggetto per:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Titolo modulo | Ore ESPERTO | \*\*\* N.B. | OreTUTOR | \*\*\*N.B. |
| 1 | OFFICE BASE | 10 |  | 10 |  |

**\*\*\* N.B. =Indicare con una croce il ruolo prescelto**

Allega la seguente documentazione:

1. **Curriculm vitae**;
2. Autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 **ALLEGATO B1 o B2 “Dichiarazione sostitutiva di atto notorio”,** debitamente compilata e sottoscritta prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d’identità in corso di validità del sottoscrittore, con firma in originale del dichiarante, attestante l’inesistenza delle cause di esclusione;
3. Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità **ALLEGATO C)**.

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

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