Allegato 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE ESPERTI

**PROGETTO “CONSULENZA LOGOPEDICA”**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

SAN GIOVANNI BIANCO

Il/la sottoscritto/a

Nato a ( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a (\_\_\_) in Via n. \_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione in qualità di esperto in logopedia scolastica.

Dichiara di svolgere l’incarico senza riserve e secondo il calendario approvato dall’Istituzione Scolastica.

Dichiara di aver preso visione del Bando e di impegnarsi a sottostare, senza condizione o riserva alcuna,

a tutte le disposizioni stabilite nel bando medesimo.

A tal fine allega autocertificazione del possesso dei requisiti per la partecipazione alla gara e curriculum vitae su formato europeo.

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

I dati raccolti nell’ambito della presente procedura saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personale (RGPD – U.E. 679/2016), esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

□ acconsento □ non acconsento

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