FAC\_SIMILE DOMANDA per esperto/formatore Opera Nazionale Montessori

Al Dirigente Scolastico

dell’I.I.S. “Parmenide”

VALLO DELLA LUCANIA

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, recapito telefonico cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fisso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letto l’avviso relativo al **reclutamento di un/una docente della Scuola dell’Infanzia – in servizio c/o Direzione Didattica Aldo Moro o c/o Fondazione mons. A. Pinto – Vallo della Lucania**, in possesso dei requisiti richiesti,

CHIEDE

di essere nominato nell’incarico di cui al menzionato bando.

A tal fine

DICHIARA

* di essere un docente della Scuola dell’Infanzia – in servizio c/o Direzione Didattica Aldo Moro o c/o Fondazione mons. A. Pinto – Vallo della Lucania
* di aver maturato i seguenti anni di servizio \_\_\_\_\_\_\_ ;
* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell’Unione Europea;
* non aver riportato condanne penali;
* non essere sottoposto a procedimenti penali;
* non essere destinatario di provvedimenti amministrativi;
* godere dei diritti civili;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a svolgere l’eventuale incarico senza riserve e secondo il calendario approntato dalla scuola. Nello svolgimento dell’attività si coordinerà con il Dirigente Scolastico e con i docenti responsabili del progetto “Metodi e strumenti montessoriani per l’educazione e la rieducazione sensoriale e cognitiva “.

Alla presente si allegano:

1. Curriculum vitae, in formato europeo;
2. Eventuale autorizzazione amministrazione pubblica di appartenenza;

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_l\_ sottoscritt\_\_ autorizza codesto Istituto, per i soli fini istituzionali, al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo n°196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_