|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO DI FAEDIS**  *Scuole dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di I° Grado dei Comuni di Faedis, Attimis e Povoletto*  Piazza Mons. Pelizzo, 11 - 33040 Faedis (UD) - Tel. 0432 728014  e-mail [udic827004@istruzione.it](mailto:udic827004@pec.istruzione.it) [udic827004@pec.istruzione.it](mailto:udic827004@pec.istruzione.it)  sito web:www.icfaedis.edu.it  Codice fiscale 94071120300 - Codice univoco Istituto UFIIHE |  |

Allegato A. Dati anagrafici completi – Domanda di partecipazione

DATI ANAGRAFICI COMPLETI

Da riprodurre a cura del concorrente in forma individuale

Al Dirigente Scolastico

Dell’I.C. di Faedis

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_Cap\_\_\_\_\_\_\_

Status professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

* di partecipare alla selezione per l’attribuzione dell’incarico in qualità di:
* Esperto Interno all’ I.C. di Faedis
* Esperto Esterno all’I.C. di Faedis – Collaborazioni plurime
* Esperti esterni alla P.A.
* per il seguente percorso formativo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CORSO** | **Plesso** |  | **Destinatari** | **Attività** | **Tot.ore** | **Periodo** |
| □ | PSICOMOTRICITÀ | Scuola dell’infanzia di Attimis |  | Tutti gli alunni | Psicomotricità | 12 | febbraio 2024/  maggio 2024 |
|
|

Al tal fine allega:

* Curriculum vitae in formato europeo;
* Carta d’identità, Codice fiscale;
* Altra documentazione utile alla valutazione (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna a svolgere l’incarico senza riserve e secondo il calendario approntato dall’istituto.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.vo n. 196/2003.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a perfetta conoscenza di tutti i termini del bando che accetta senza riserve.

Firma

Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_