

Allegato 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE ESPERTO IN PSICOLOGIA  
SCOLASTICA\_SCREENING DSA**

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
Di Bellano

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

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

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)(indirizzo)

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

**CHIEDE**

Di essere ammesso alla procedura di selezione in qualità di esperto in psicologia scolastica\_ screening DSA per l'a.s. 2023/2024.

Dichiara che svolgerà l'incarico senza riserve e secondo il calendario definito dall'istituzione scolastica.

A tal fine allega autocertificazione, curriculum vitae su formato europeo e, in busta chiusa separata, offerta economica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996:

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_