

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
ESPERTO ARTETERAPIA - Progetto "Segni e sogni: Percorsi creativi tra mani, mente e meraviglia
a.s.2025-2026

Al Dirigente Scolastico
dell'ICS "G. Carducci"
Via Redaelli, 16/A
23854 Olginate (LC)

Il/la sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

Nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

Residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Indirizzo di posta elettronica _____ Tel _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di esperto arte terapia presso le classi SECONDE delle scuole primarie di Olginate, Garlate e Valgrehgentino dell'istituto comprensivo di Olginate per l'a.s. 2025/2026, come da avviso prot. n. _____ del _____.

Dichiara che svolgerà l'incarico senza riserve e secondo il calendario definito dall'istituzione Scolastica e di aver preso visione della selezione.

A tal fine allega autocertificazione, scheda di valutazione dei titoli e *curriculum vitae* su formato europeo.

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
