

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE ESPERTO INTERNO/ESTERNO

PROGETTO NR.: _____ DENOMINAZIONE: _____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di GALBIATE

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 in _____
come da bando 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, curriculum vitae formato europeo, scheda di valutazione dei
titoli, copia di un documento di riconoscimento e offerta economica in **busta chiusa separata**.

Data _____ Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali: <https://icsgalbate.edu.it/privacy-policy/>

☐ acconsento ☐ non acconsento

Data _____

Firma _____