



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE 2° CIRCOLO -
POMPEI - Via Parroco Federico 83 - tel. 081/8506209 -
telefax 081/8506929 Codice Scuola : NAEE220002 - C.F.
82015230632 - Indirizzo e-mail Posta ordinaria:
naee220002@istruzione.it - Posta PEC:
naee220002@pec.istruzione.it Sito WEB:
www.pompeisecondocircolo.edu.it**

Codice univoco IPA: UFJ5EW

PIANO NAZIONALE FORMAZIONE DOCENTI A.S. 2019/2020

**AVVISO INTERNO/COLLABORAZIONE PLURIMA / ED ESTERNO PER LA SELEZIONE DI 2
ESPERTI FORMATORI NELL'AMBITO PROGETTO DAL TITOLO "A SCUOLA IN SICUREZZA"
Modulo 2 titolo "Essere informati per una buona salute"
Da svolgersi ON-LINE**

Allegato 1

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ prov. _____ il _____ residente a
_____ prov. _____ in via/piazza e num.
_____ C.F. _____
e-mail _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

l'ammissione alla selezione in qualità formatore progetto "A scuola in sicurezza" per l'attuazione e delle
azioni riferite al Piano di Formazione docenti in servizio a.s. 2019-2020

DICHIARA

la propria candidatura vale per il seguente corso da attivare :

		Indicare una x per il corso che si vuole partecipare
	Modulo 2 "Essere informati per una buona salute" dlgs 81/2008 art.25	

DICHIARA

sotto la personale responsabilità che

- il possesso dei requisiti generali e la non sussistenza delle cause di esclusione di cui agli artt. 80 e 83 del D.Lgs. 50/2016, espressamente riferite a tutti i suoi Legali rappresentanti;
- l'assenza di sanzioni o misure cautelari di cui D.Lgs.231/01 o altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con le Pubbliche amministrazioni;
- l'assenza di condanne penali o provvedimenti che riguardino l'attuazione di misure di prevenzione espressamente riferita ai soggetti dell'impresa di cui all'art 2 comma 3 DPR 252/98;
- il possesso dei requisiti essenziali previsti dall'art. 2 del presente avviso;
- il possesso del requisito della comprovata esperienza strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta;
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali .

Luogo.....data.....

firma