

ALLEGATO 1: Domanda di partecipazione

Spett. le
Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"Card. Agostino Casaroli"
Castel San Giovanni (PC)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI
ESPERTO INTERNO FACILITATORE LINGUISTICO.**

Avviso interno prot. n. 0006467 - 10/11/2023 - VI.3 - U

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____ via _____

cap _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Telefono _____

in possesso dei requisiti previsti dal bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Facilitatore Linguistico.

Luogo _____

Data ____/____/____

FIRMA

SCHEDA ANAGRAFICA FACILITATORE LINGUISTICO

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL __/__/____ A _____ PROV. (____)

SESSO **F / M** CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____ N. _____

COMUNE _____ PROV. (____) CAP _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

DOCENTE A TEMPO DETERMINATO

A TEMPO INDETERMINATO (*crociare quella corretta*)

PRESSO L'ISTITUTO

DOCENTE DI SCUOLA PRIMARIA

SECONDARIA DI I GRADO (*crociare quella corretta*)

COORDINATE BANCARIE / POSTALI IBAN

IBAN DI 27 CARATTERI _____

DATI FISCALI DA APPLICARE AI COMPENSI

ALIQUOTA IRPEF _____

Luogo e data, _____

Firma
