

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo ADRIA DUE
Via Ragazzi dell'99, 28
45011 – ADRIA (RO)

Il/La sottoscritto/a nato/a a
(.....) il e residente a in via n.
.... CAP provincia tel. rappresentante legale
dell'Associazione
con sede legale a in
via..... n. CAP prov.
telefono..... codice fiscale
partita IVA la fattura elettronica che verrà
emessa: ☐ E' SOGGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI
☐ NON E' SOGGETTO A SCISSIONE DEI PAGAMENTI in base a: _____

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico di supporto psicologico d'Istituto presso
l'Istituto Comprensivo ADRIA DUE.

DICHIARA CHE L'ESPERTO/A ESTERNO/A PER IL QUALE SONO INDICATI I TITOLI POSSEDUTI
E CHI SVOLGERA' MATERIALEMENTE L'INCARICO È IL DOTT./LA DOTT.SSA

A tal fine allega:

- fotocopia di un valido documento di identità;
- dichiarazione sostitutiva di certificazioni (**Modello A1**);
- curriculum vitae in formato europeo;
- Altra documentazione ritenuta utile alla valutazione (specificare)
.....

L'ENTE/ASSOCIAZIONE
(in persona del Legale Rappresentante)
.....

Il/La sottoscritto/a Esperto/a si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario predisposto
dall'Istituto.
Il/La sottoscritto/a Esperto/a autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e
Regolamento UE 2016/679.
Il/La sottoscritto/a Esperto/a dichiara di essere a conoscenza di tutti i termini del bando che accetta senza
riserve.

L'ESPERTO/A _____