DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE ESPERTI

PROGETTO **"PSICOMOTRICITA'"**

Al Dirigente Scolastico

_____

_____

_____

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 alla procedura di selezione in qualità di esperto in

_____

_____

Dichiara di svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario approvato dall'istituzione Scolastica e di aver preso visione del Bando.
A tal fine allega autocertificazione e curriculum vitae su formato europeo.

Data_____ Firma_____

_____

Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (Codice sulla Privacy).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_____