
Allegato "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI UN ESPERTO
PER L'ATTIVAZIONE DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO**

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "C. CARDUCCI" di
CAPACCIO PAESTUM**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

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 dell'avviso di selezione.

A tal fine allega autocertificazione e curriculum vitae.

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 _____