

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Avviso per l'affidamento
del servizio di Assistenza Specialistica per alunni con disabilità a.s. 2018/2019

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ (_____) il _____

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

CODICE FISCALE _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Indirizzo PEC _____

tel. _____ cellulare _____

CHIEDE

di essere ammesso alla seguente procedura di selezione in qualità di esperto esterno:

- SELEZIONE N° 1 (*punto 8 lettera a) dell'Avviso*)
- SELEZIONE N° 2 (*punto 8 lettera b) dell'Avviso*)
- SELEZIONE N° 3 (*punto 8 lettera c) dell'Avviso*)

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso e di impegnarsi a sottostare, senza condizione o riserva alcuna, a tutte le disposizioni stabilite nell'Avviso medesimo.

Data, _____ (firma leggibile) _____

Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (Codice sulla Privacy) e ss.mm. e ii.

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

Si allega:

1. MODELLO B
2. CURRICULUM VITAE
3. copia di un documento valido di identità.