**ALLEGATO 1 - Istanza di partecipazione esperto formazione sulla sicurezza PCTO a.s. 2024-2025**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**IIS IPSIA-ITI ACRI (CS)**

**Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA SELEZIONE INTERNA DI ESPERTO *Formazione sulla sicurezza alunni PCTO A.S. 2024-2025***

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE FISCALE |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA DI NASCITA |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| LUOGO DI NASCITA |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROVINCIA |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| COMUNE DI RES.ZA |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROVINCIA |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIAZZA/CORSO |  | N. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CAP |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TELEFONO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| E-MAIL |  |

***DICHIARA***

Sotto la personale responsabilità di:

* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione europea;
* godere dei diritti civili e politici;
* non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
* essere in possesso dei requisiti essenziali previsti del presente avviso;
* aver preso visione dell’Avviso e di approvarne senza riserva ogni contenuto;
* di essere consapevole che può anche non ricevere alcun incarico/contratto;
* di possedere titoli e competenze specifiche più adeguate a trattare i percorsi formativi scelti.

**Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità**

* di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l’attuazione delle iniziative formazione sicurezza alunni PCTO a.s. 2024-2025.

Come previsto dall’Avviso, allega:

* ***copia di un documento di identità valido;***
* ***Curriculum Vitae in formato europeo con indicati i riferimenti dei titoli valutati di cui all’Allegato 2-Tabella di autovalutazione.***
* Dichiara, inoltre:
* di conoscere e di accettare le seguenti condizioni:
  + Partecipare, su esplicito invito del Dirigente, alle riunioni di organizzazione del lavoro per fornire e/o ricevere informazioni utili ad ottimizzare lo svolgimento delle attività;
  + Svolgere le attività didattiche in presenza neIl’ Istituto e/o online;
  + Redigere e consegnare, a fine attività, su apposito modello, Attestati conseguiti dagli alunni e la relazione sul lavoro svolto.

Elegge come domicilio per le comunicazioni relative alla selezione:

La propria residenza

altro domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a con la presente, ai sensi degli articoli 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003 (di seguito indicato come “Codice Privacy”) e successive modificazioni ed integrazioni,

***AUTORIZZA***

L’Istituto IIS IPSIA-ITI ACRI (CS) al trattamento, anche con l’ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati personali forniti dal sottoscritto; prende inoltre atto che, ai sensi del “Codice Privacy”, titolare del trattamento dei dati è l’Istituto sopra citato e che il sottoscritto potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali previsti dall’art. 7 del “Codice Privacy” (ivi inclusi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il diritto di ottenere la conferma dell’esistenza degli stessi, conoscerne il contenuto e le finalità e modalità di trattamento, verificarne l’esattezza, richiedere eventuali integrazioni, modifiche e/o la cancellazione, nonché l’opposizione al trattamento degli stessi).

Data Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_