Allegato 1

AL Dirigente Scolastico

Dell’I.S.I.S. Valdarno

San Giovanni Valdarno - 52027

Percorso triennale di Istruzione e Formazione Professionale *“Operatore del benessere – Estetiste”* - Anno scolastico/formativo 2024/2025.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO DI ESPERTO/FORMATORE ESTERNO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titolo di studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di esperto/formatore esterno per Tecnico Estetica.

A tal fine, allega alla presente istanza

* Curriculum vitae
* Dichiarazione sostitutiva certificazione
* copia del documento di riconoscimento in corso di validità.
* Eventuale comunicazione dati ai fini DURC e tracciabilità dei flussi finanziari

Il/la sottoscritto/a si impegna a svolgere l’incarico senza riserve e secondo il calendario predisposto dall’istituto pur accettando eventuali cambiamenti dell’orario in base alle esigenze dell’organizzazione.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza di tutti i termini del bando che accetta senza riserve.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_