**Al Dirigente Scolastico**

**Del Liceo Classico e Musicale “Domenico Cirillo”**

**Aversa (CE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il sottoscritto  | C.F.  | P.IVA  |
| Nato  |  | il |  | Telefono fisso  |  |
| Telefono Cell.  | e-mail |  |
| e-mail certificata  |
| Indirizzo: Via  | n°  |  | Città  | cap. |   |

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per titoli per l’attribuzione, tramite contratto, dell’incarico di **Tutor**:

per i seguenti interventi:

 **(indicare, con una crocetta)**

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | *Cultura d'impresa: etica, creatività, innovazione 1*  |
| [ ]  | *Cultura d'impresa: etica, creatività, innovazione 2*  |
| [ ]  | *Progettiamo un'impresa sostenibile*  |

A tal fine, il sottoscritto consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nella quale incorre nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

1. di godere dei diritti civili e politici;
2. di 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;
3. di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
4. di essere in possesso di competenze informatiche;
5. di documentare puntualmente le attività svolte tramite la piattaforma informatizzata;
6. di accettare l'organizzazione e gli orari del corso, comprese eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie per adattare l'attività progettuale alle esigenze didattiche complessive della scuola;
7. di assicurare, se necessaria, la propria presenza negli incontri propedeutici all'inizio delle attività, durante lo svolgimento delle stesse e a conclusione del progetto;
8. di accettare che la liquidazione del compenso per le prestazioni effettuate e documentate avverrà solo ad avvenuta erogazione dei fondi comunitari.

**Si Allegano:**

**Curriculum Vitae**

**Fotocopia Documento di Riconoscimento**

**Fotocopia Codice Fiscale**

**altro** *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizza l’Istituto al trattamento dei dati personali ai sensi del D. D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 per i soli fini istituzionali necessari per l’espletamento della procedura di cui alla presente domanda.

data\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_