ALLEGATO A

Al Dirigente Scolastico

dell’IPSSS “F.L. Morvillo Falcone” di Brindisi

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

Avviso Pubblico m\_pi.AOODPPR/0000089 del 20.10.2021 “Potenziamento degli sportelli per l’autismo esistenti e istituzione di nuovi sportelli” ai sensi del D.M. n. 48 Art. 3, comma 1, lettera b).

Titolo del Progetto: “La nostra realtà, le nostre origini”.

Codice identificativo progetto: **HCBjnkkuk**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a via\_
recapito tel. recapito cell. indirizzo e-mail

in servizio con la qualifica di

**DICHIARA**

di aderire alla selezione per il reclutamento di (barrare la voce che interessa):

 Docente Esperto Formatore in Tecnologie dell’Informazione e della Comunicazione;

 Docente Esperto Formatore in CAD;

 Docente Esperto in Psicologia e/o Pedagogia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Titolo progetto** | **Titolo Modulo**  | **Durata modulo**  | **Figura Richiesta** |
| 1 | “Potenziamento degli sportelli per l’autismo esistenti e istituzione di nuovi sportelli” | “La nostra realtà, le nostre origini” | 25 ore | Docente Esperto Formatore in Tecnologie dell’Informazione e della Comunicazione |
| 2 | “Potenziamento degli sportelli per l’autismo esistenti e istituzione di nuovi sportelli” | “La nostra realtà, le nostre origini” | 25 ore | Docente Esperto Formatore in CAD |
| 3 | “Potenziamento degli sportelli per l’autismo esistenti e istituzione di nuovi sportelli” | “La nostra realtà, le nostre origini” | 15 ore | Docente Esperto in Psicologia e/o Pedagogia |

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

- di aver preso visione delle condizioni previste dall’Avviso;

- di essere in godimento dei diritti politici;

- di impegnarsi a documentare puntualmente tutta l’attività svolta;

- di essere disponibile ad adattarsi al calendario definito dal Gruppo di Supporto Operativo;

- di non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità con l’incarico previsti dalla norma vigente.

Data

\_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ Firma

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

Si allega alla presente

* + - * 1. Documento di identità in fotocopia
				2. Scheda di autovalutazione dei titoli
				3. Curriculum Vitae in formato europeo.