

Al Dirigente Scolastico
Istituto di Istruzione Superiore "L. Donati"
Fossombrone

Domanda di Docenza Corso Operatore Socio Sanitario n. 204513

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov (____) Via _____ CAP _____
Tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

Il conferimento dell'incarico di docenza per (crocettare la/le UD di interesse):

- Unità Didattica 2.5 c,d,e,f - 25 ore
- Unità Didattica 2.8 - 35 ore

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri della Comunità Europea (per i cittadini dell'U.E. il titolo di studio di accesso deve essere riconosciuto dallo Stato Italiano);
- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o di provenienza;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione o di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale e di non essere sottoposto a procedimenti penali o a misure di prevenzione o di sicurezza;
- di non essere incorso nella destituzione, dispensa, decadenza o licenziamento nel corso di impieghi presso una Pubblica Amministrazione;
- di essere in possesso del Diploma/Laurea _____ conseguito il _____ quale titolo richiesto per l'accesso alla procedura;
- di ricoprire attualmente il seguente incarico di _____ presso _____
- (in caso di cessazione dal servizio indicare dichiarare: di aver ricoperto quale ultimo incarico quello di _____ presso _____).

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché della responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, che tutto quanto dichiarato e sottoscritto nella domanda è veritiero e verificabile.

Autorizza altresì, a norma del D.Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali forniti per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma _____