

**Distretto n. 15 - LICEO CLASSICO STATALE “GIOACCHINO DA FIORE”**

Via Verdi, 265 - 87036 - RENDE - CS - Tel. 0984-402380

**Codice Mecc. CSPC190001 – C.F. 98042650782**

Codice univoco di fatturazione: UFZ5DZ web site: www.[liceoclassicorendecs.edu.it](http://www.mediacileacaivano.it)

e-mail: [cspc190001@istruzione.it](mailto:cspc190001@istruzione.it) PEC : [cspc190001@pec.istruzione.it](mailto:cspc190001@pec.istruzione.it)

**ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Dirigente scolastico

LICEO CLASSICO “GIOACCHINO DA FIORE”

Il/La sottoscritto\a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato\a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliato\a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione per la partecipazione alle edizioni di potenziamento del progetto di cui in oggetto secondo la tabella di seguito riportata:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO PERCORSI** | **N.**  **EDIZIONI** | **PREFERENZA** | **TOTALE ORE** | **SCELTA CORSO** |
| Percorso formativo di lingua inglese livello B1, secondo il QCER | 2 |  | La durata del corso dipenderà dal numero di edizioni attivate e comunque tra 10 e 20 ore |  |
| Percorso formativo di lingua inglese livello B2 secondo il QCER | 2 |  | La durata del corso dipenderà dal numero di edizioni attivate e comunque tra 10 e 20 ore |  |
| Percorso formativo di lingua inglese C1 secondo il QCER | 1 |  | La durata del corso è di 10 ore |  |
| Corso di metodologia CLIL | 1 |  | La durata del corso è di 10 ore |  |

N.B.: BARRARE LA CASELLA DI SCELTA PER PARTECIPARE E INDICARE IN NUMERO DI PREFERENZA)

A tal fine, **dichiara**, sotto la propria responsabilità:

* che i recapiti presso i quali si intendono ricevere le comunicazioni sono i seguenti:
  + residenza:
  + indirizzo posta elettronica ordinaria:
  + indirizzo posta elettronica certificata (PEC):
  + numero di telefono: ,

autorizzando espressamente l’Istituzione scolastica all’utilizzo dei suddetti mezzi per effettuare le comunicazioni;

* di essere informato/a che l’Istituzione scolastica non sarà responsabile per il caso di dispersione di comunicazioni dipendente da mancata o inesatta indicazione dei recapiti di cui al comma 1, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento degli stessi;
* di aver preso visione dell’Avviso e di accettare tutte le condizioni ivi contenute
* di prestare il proprio consenso, ai fini dell’espletamento della procedura in oggetto e al trattamento dei propri dati personali ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Ai fini della partecipazione alla procedura in oggetto, il sottoscritto/a

autorizza codesto Istituto al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. n.196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Si allega alla presente: *Fotocopia documento di identità.*

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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