

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il _____

Codice fiscale: _____

recapito: Via _____ città: _____ C.A.P. _____

Tel. _____ cell: _____

e mail: _____

dichiara di essere disponibile al conferimento di incarico di insegnamento nei corsi di recupero rivolti a studenti per la/e seguente/i disciplina/e durante il mese di luglio:

- a) _____ sede _____
- b) _____ sede _____
- c) _____ sede _____
- d) _____ sede _____
- e) _____ sede _____

A tal fine dichiara:

1. di essere Cittadino dell'Unione Europea,
2. di godere dei diritti civili e politici,
3. di non avere subito condanne penali (ovvero di aver subito le seguenti condanne penali.....),
4. di non aver procedimenti penali pendenti (ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti.....),
5. di essere docente a tempo determinato fino al 30 giugno per la seguente classe di concorso:

6. di essere in possesso delle seguenti abilitazioni: _____
7. di avere la seguente anzianità di insegnamento in istituto: anni _____

Il/La sottoscritto/a dichiara infine sotto la propria responsabilità che quanto sopra corrisponde a veridicità.

Data _____

FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza l'IIS "L.Spallanzani" di Castelfranco E.(MO) al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR UE 679/2016 solo per i fini istituzionali e necessari per l'espletamento della procedura di cui alla presente domanda.

FIRMA _____