

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. ALBERTI – DANTE
Via s. Gallo, 68
50129 - FIRENZE

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 Tutor per il Progetto DefibrillAttori

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.....).

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

Data _____

FIRMA: _____

Il/La sottoscritto/a _____

_____ autorizza l'Istituto di Istruzione Superiore Alberti-Dante al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs.196/2003 solo per i fini istituzionali e necessari per l'espletamento della procedura di cui alla presente domanda.

FIRMA: _____