**Modulo di partecipazione al corso e/o al seminario di apertura**

Oggetto: Selezione dei partecipanti al Corso di formazione Progetto “**Cancro a scuola imparo a cancellarti”** in collaborazione con AIRC

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | | |  | | | | |
| nato/a | |  | | | | il |  |
| e-mail |  | | | | | | |
| Istituzione Scolastica | | |  | | Città | |  |
| Materia d’insegnamento | | | |  | | | |

chiede

di essere ammesso/a a partecipare al Corso di formazione del Progetto **“Cancro: a scuola imparo a cancellarti”** in collaborazione con AIRC. A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R.n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, dichiara:

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diploma o Diploma di laurea in | | |  | | | |
| conseguito in data | |  | | | con voto |  |
| presso la Facoltà di | |  | | Università di | |  |
| Ovvero |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. di essere referente di Educazione alla salute dell’Istituzione Scolastica di appartenenza |  |

(segnare con una x)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. di essere in possesso della certificazione CLIL |  |

(segnare con una x)

|  |  |
| --- | --- |
| Chiede, pertanto, di partecipare **al corso ed al seminario** di apertura |  |

(segnare con una x)

|  |  |
| --- | --- |
| Chiede di partecipare **soltanto al seminario** di apertura . |  |

(segnare con una x)

Luogo e data, Firma

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

Visto del Dirigente Scolastico