**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