***Allegato A – Domanda ed autocertificazione***

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ED AUTOCERTIFICAZIONE**

Programma Erasmus+

Attività KA1 - Mobilità per l'apprendimento individuale

**D.I.D.- A.C.T.A.**

**Development and Innovation of Didactics Acquiring Competences for Teachers Abroad**

n. 2019-1-IT02-KA101-062068

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_**/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e residente in **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in via **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**n.°\_\_\_\_\_\_

CAP **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare un ulteriore indirizzo da usare per eventuali comunicazioni (se diverso da quello indicato sopra) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di partecipare al Programma Erasmus+ Azione KA1 ed essere ammesso/a alla procedura di selezione per l’assegnazione di

* 42 borse di studio per un Corso di lingua inglese a Malta della durata di 9 giorni (compresi i viaggi di andata e ritorno).
* 8 borse di studio per un Corso in Innovazione didattica a Malta della durata di 9 giorni (compresi i viaggi di andata e ritorno).

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara:

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_**/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**
* di essere residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di svolgere la professione di DOCENTE (specificare materia insegnata) presso:
	+ l’IIIS "Enrico Fermi" di Sarno
	+ l’IISS “Genovesi-Da Vinci” di Salerno
	+ l’IISS "S. Caterina Da Siena-Amendola" di Salerno
* essere in possesso del titolo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito, presso: **(Specificare denominazione Università/Istituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

* di conoscere la lingua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere residente né cittadino del Paese di destinazione del tirocinio.

Dichiara, altresì,

* di essere in pieno possesso dei diritti civili e politici;
* di impegnarsi, in caso di assegnazione della Borsa di Studio, a presentare tutta la documentazione che verrà richiesta dal Consorzio di progetto;
* di aver completato il ciclo vaccinale contro il Covid-19.

Il/la sottoscritto/a autorizza le scuole del Consorzio di progetto al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Alla presente domanda allega la seguente documentazione:

1. **Scheda anagrafica partecipante**: Scheda anagrafica partecipante (N.B.: compilare in tutti i campi non modificare il formato e non firmare. Rinominare COGNOME E NOME\_scheda\_anagrafica)
2. **Curriculum Vitae formato EUROPASS con foto, in PDF, in lingua italiana** (nominare il file indicando il proprio: COGNOME E NOME\_CV IT). Il Curriculum Vitae deve essere necessariamente in formato EUROPASS e compilato in ogni sua parte, pena la non ammissione alle fasi di selezione.
3. **Fotocopia di un documento di identità in corso di validità e valido per l’espatrio** (Rinominare COGNOME\_NOME\_Documento identità)
4. **Fotocopia del codice fiscale/tessera sanitaria** (Rinominare COGNOME\_NOME\_codice fiscale)
5. **Eventuali certificazioni/attestazioni linguistiche**
6. **Eu Covid Certificate che attesti l’avvenuta completa vaccinazione**
7. **Fotografia formato foto tessera in .jpg.**

lì, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma

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