PROGETTO PILOTA MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITA' E RICERCA
COMITATO OLIMPICO NAZIONALE ITALIANO E PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
"ALFABETIZZAZIONE MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA"

MODULO DOMANDA PER SVOLGERE ATTIVITA' DI

ESPERTO ☐

SUPERVISORE ☐

(contrassegnare la casella di interesse)

NOME_____ COGNOME_____
CODICE FISCALE _____
LUOGO E DATA DI NASCITA_____
INDIRIZZO (domicilio o residenza):
COMUNE _____PROVINCIA _____
VIA/PIAZZA _____N. _____CAP_____
TELEFONO_____CELL._____E-MAIL_____

TITOLI DI STUDIO/ ABILITAZIONI/ SPECIALIZZAZIONI

☐ ***LAUREA TRIENNALE IN SCIENZE MOTORIE***
conseguita presso_____ _____ il _____ con punti_____

☐ ***LAUREA QUADRIENNALE IN SCIENZE MOTORIE***
conseguita presso_____ il_____ con punti_____

☐ ***LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE MOTORIE***
conseguita presso_____ il_____ con punti_____

☐ ***DIPLOMA ISEF***
conseguito presso_____ il_____ con punti_____

Docenti già destinatari di supplenza annuale o fino al termine delle attività didattiche nell' A.S. 2009/2010 che non hanno rinnovata la nomina nel corrente A.S. per contrazione di cattedre.

SI ☐ **NO** ☐

Docenti appartenenti alla stessa categoria sopra indicata che nell'A.S. corrente siano stati destinatari di nuova nomina per un numero di ore limitato che si renda compatibile con l'impegno di 20 ore settimanali previste per la partecipazione al progetto.

SI ☐ **NO** ☐

Il docente possiede buone competenze trasversali in materia informatica ?

SI ☐ **NO** ☐

Abilitazione All'insegnamento **SI** ☐ **NO** ☐

Titolo Di Specializzazione Per Il Sostegno **SI** ☐ **NO** ☐

Altri Titoli (specificare con data, sede di conseguimento e punteggio) :
_____
_____

PARTECIPAZIONE A CORSI SPECIFICI SULL'EDUCAZIONE MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA ORGANIZZATI DA :

M.I.U.R.

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

C.O.N.I.

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

ALTRI

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

LUOGO_____DATA_____

ESPERIENZE LAVORATIVE DI CONSULENTE ESPERTO

ENTE /ISTITUZIONE	LUOGO	ANNO
1)_____	_____	_____
2)_____	_____	_____
3)_____	_____	_____
4)_____	_____	_____

ELABORAZIONE DI PROGETTI DI ATTIVITA' MOTORIA PER LA SCUOLA PRIMARIA

ENTE /ISTITUZIONE	LUOGO	ANNO
1)_____	_____	_____
2)_____	_____	_____
3)_____	_____	_____
4)_____	_____	_____

ALTRE ESPERIENZE NELL'AMBITO DELL'ATTIVITA' MOTORIA

ENTE /ISTITUZIONE	LUOGO	ANNO
1)_____	_____	_____
2)_____	_____	_____
3)_____	_____	_____
4)_____	_____	_____

Da inviare all'Ufficio Scolastico Territoriale della Provincia dove si intende prestare la propria opera per l'attività di esperto o di supervisore ?

LUOGO e DATA FIRMA

_____, _____ _____

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE

Il sottoscritto _____dichiara che in caso di conferimento di incarico di prestazione d'opera per attività di ①_____ parteciperà al modulo formativo che si svolgerà a cura della Scuola Regionale dello Sport, nell'ultima settimana di febbraio, secondo modalità in fase di definizione.

① Esperto o formatore (indicare funzione)

LUOGO e DATA FIRMA

_____, _____ _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto autorizza l''Amministrazione al trattamento dei dati personali nelle forme e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

LUOGO e DATA FIRMA

_____, _____ _____