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

(contrassegnare la casella di interesse)

FORMATORE

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.....
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).....		

Dove si intende prestare la propria opera per l'attività di consulente o di formatore ?

REGIONE.....PROVINCIA.....COMUNE.....

LUOGO e DATA

FIRMA

.....,

.....

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE

Il sottoscrittodichiara
che in caso di conferimento di incarico di prestazione d'opera per
attività di ①.....parteciperà al modulo
formativo che si svolgerà nei giorni e nella sede universitaria che gli
saranno comunicati.

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

.....