AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO DI FARRA DI SOLIGO

# Oggetto: RICHIESTA DI INTERVENTO DI ESPERTI ESTERNI A TITOLO GRATUITO

Il/La sottoscritto/a

docente in servizio presso l’ I. C. di Farra di Soligo PLESSO

CHIEDE

che il/la Sig./Sig.ra

nato a il

il

e residente a via

tel./cell. Email

venga autorizzato a svolgere un intervento nella classe della scuola

in qualità di esperto sui seguenti temi

relativi al progetto/attività

Inserito nel PTOF a.s. Condiviso in Consiglio di Classe

Condiviso in Consiglio di Interclasse Condiviso nel Collegio Docenti

A tal fine dichiara che l’intervento avrà luogo in data/periodo

 in orario Antimeridiano / Pomeridiano

alla presenza del/dei docente/i di classe

L’esperto intende offrire la propria attività a titolo **GRATUITO.**

* **L**’Istituto rende noto che i dati personali forniti dal/dalla Sig.

identificato tramite documento di riconoscimento saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti della legge

196/2003.

* **L**’esperto esterno deve prendere contatto con il referente per la sicurezza di ogni plesso, indicato dalla segreteria al momento della sottoscrizione della presente autorizzazione, per prendere chiara visione del piano di emergenza e di evacuazione del plesso e attenersi alle indicazioni in esso contenute in caso di pericolo.

## Sarà data comunicazione ai genitori attraverso il diario

## o altra modalità concordata precedentemente

Data **firma docente**

**firma esperto**

L’esperto presenterà alla segreteria la seguente documentazione:

 - autocertificazione relativa all’assenza di condanne penali (Allegato 1)

* copia documento d’identità
* **calendario interventi** previsti (Allegato 2a)

Il calendario interventi effettuati (Allegato 2b) verrà trasmesso alla segreteria al termine dell’attività svolta.

Si ricorda l’obbligo di green pass, da esibire all’ingresso, per l’accesso ai locali.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO **AUTORIZZA** L’ESPERTO ESTERNO A SVOLGERE L’ATTIVITA’ RICHIESTA COME DA CALENDARIO ALLEGATO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Ambrosi Stefano

Allegato 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

# (ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n° 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente in via n.

comune di CAP Prov.

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

# DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’

1. di non aver riportato condanne penali
2. di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
3. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.L.vo 196 del 30/06/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate alla pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Allegato 2a

**CALENDARIO INTERVENTI PREVISTI**

**Operatore: ………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PLESSO** | **CLASSE** | **DATA** | **ORARIO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Allegato 2b

**CALENDARIO INTERVENTI EFFETTUATI**

**Operatore: ……………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLESSO** | **CLASSE** | **DATA** | **ORARIO** | **TIPO DI INTERVENTO** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |