

SCHEDA DI CANDIDATURA**al Progetto di scambio docenti tra la Provincia autonoma di Trento e il Land Tirol**

Il/L sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____

RECAPITI DOMICILIO PER INVIO COMUNICAZIONI:

Indirizzo _____ Numero civico _____
Comune _____ (Provincia ____) CAP _____
Stato _____
Telefono _____
Indirizzo di posta elettronica istituzionale _____

chiede

☐ di partecipare al **Progetto di scambio docenti tra la Provincia autonoma di Trento e il Land Tirol - edizione 2026-2027**, rivolto a docenti della scuola primaria e secondaria di primo grado della Provincia autonoma di Trento.

A tal fine, dichiara (barrare ciò che interessa):

- di essere in servizio presso l'Istituto comprensivo _____

☐ in qualità di docente di tedesco di scuola primaria

☐ in qualità di docente di tedesco di scuola secondaria di primo grado

☐ in qualità di docente CLIL in lingua tedesca di DNL (disciplina non linguistica) nella scuola primaria

☐ in qualità di docente CLIL in lingua tedesca di DNL (disciplina non linguistica) nella scuola secondaria di primo grado

☐ a tempo determinato (con contratto fino al termine delle lezioni e almeno al terzo anno di servizio nella scuola trentina) con numero di anni di anzianità di servizio pari a _____

☐ a tempo indeterminato con numero di anni di anzianità di servizio (incluso il pre-ruolo) pari a _____

☐ di avere già partecipato al progetto per _____ (indicare il numero di volte)

☐ di non aver mai partecipato al progetto;

- di svolgere la/e seguenti attività per la promozione delle lingue nel proprio Istituto:

- ☐ referente certificazioni linguistiche
- ☐ referente progetti e-Twinning/Erasmus Plus
- ☐ referente/responsabile di settimane linguistiche
- ☐ altro (specificare) _____

- di ricoprire nel corrente anno scolastico il/i seguente/i ruolo/i di responsabilità nell'Istituto di appartenenza:

- ☐ responsabile dipartimento lingue
- ☐ referente ECC di Istituto
- ☐ figura strumentale area lingue e internazionalizzazione
- ☐ coordinatore di classe
- ☐ collaboratore del dirigente
- ☐ altro (specificare) _____

dichiara, altresì

- ☐ di avere le seguenti allergie/intolleranze alimentari _____
- ☐ di seguire una dieta alimentare particolare _____

Luogo e data

FIRMA DEL/LA DOCENTE

.....

.....

FIRMA DEL/DELLA DIRIGENTE SCOLASTICO/A
PER AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE AL PROGETTO

.....

Allego la seguente documentazione:

- ☐ informativa ai sensi del Regolamento UE n. 679 del 2016;
- ☐ fotocopia del documento di identità.