# SCHEDA DI CANDIDATURA

**al Progetto di scambio docenti tra la Provincia autonoma di Trento e il Land Tirolo**

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 Tirolo - 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 <u>non</u> 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.