

DOMANDA DI COLLABORAZIONE

DATA, _____

COGNOME _____ NOME _____
DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____
INDIRIZZO _____ RESIDENZA _____
TEL. _____ P.IVA SI NO

PER DOMANDA DI INSEGNAMENTO

TITOLO PREFERENZIALE: POSSESSO PARTITA IVA - PART. IVA N.: _____

DIPLOMA CONSEGUITO _____ VOTO _____

LAUREA CONSEGUITA _____ VOTO _____

MATERIE DI INSEGNAMENTO _____

IN ATTESA DI SUPPLENZA SCUOLA STATALE SI NO

MEZZO DI TRASPORTO MEZZI PUBBLICI AUTO

DISPONIBILITÀ

GIORNI	8.30/12.30	16.30/19.30	19.00/21.00
LUNEDÌ			
MARTEDÌ			
MERCOLEDÌ			
GIOVEDÌ			
VENERDÌ			
SABATO			

PRECEDENTI INSEGNAMENTI IN ALTRE SCUOLE

PUBBLICHE	_____	ANNO	_____
	_____	ANNO	_____
	_____	ANNO	_____
PRIVATE	_____	ANNO	_____
	_____	ANNO	_____
	_____	ANNO	_____

ALTRI TITOLI DI SERVIZIO _____

PER ALTRE DOMANDE DI COLLABORAZIONE: INDICARE LE PRECEDENTI ESPERIENZE

SETTORE	_____	ANNO	_____
SETTORE	_____	ANNO	_____

Autorizzo ai sensi del D. Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 il trattamento dei dati personali trasmessi.

FIRMA