COMUNE DI ARCORE
Provincia di Monza e Brianza
Servizio Organizzazione e Staff
Ufficio Cultura

Spett.le Comune di Arcore
Ufficio Cultura
Largo Vela n. 1
Arcore (MB)

Il/La sottoscritto/a _____

C.F._____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

telefono fisso (*) _____

telefono cellulare (*) _____

indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la formazione di un Albo di accreditamento per il conferimento di incarichi professionali relativi a: (*selezionare una tra le seguenti voci*)

☐ attività didattiche dell'Università delle Tre Età

☐ cicli di conferenze a tema

per la/le seguente/i materia/e: (**selezionare** una o più materie fra quelle di seguito elencate **e allegare proposta** di corso da 3 e/o 4 incontri / ciclo conferenze a tema):

AREA UMANISTICA		
☐ Letteratura italiana	☐ Lingue e letteratura straniere	☐ Storia del territorio
☐ Filosofia	☐ Lingua e letteratura classica	☐ Giornalismo
☐ Storia (classica, medievale, moderna, contemporanea)	☐ Antropologia	☐ Religioni e civiltà orientali
☐ Storia della musica	☐ Storia dell'arte (classica, medievale, moderna, contemporanea)	☐ Storia del cinema
☐ Storia della fotografia	☐ Storia dell'architettura	☐ Restauro
☐ Storia del teatro	☐ Storia dei musei italiani e stranieri	☐ Geografia
☐ Itinerari artistici	☐ Etnomusicologia	☐ Archeologia
AREA GIURIDICO-ECONOMICA		
☐ Geopolitica	☐ Economia	☐ Diritto
☐ Finanza	☐ Criminologia	
AREA SCIENTIFICA		
☐ Botanica	☐ Nuove tecnologie informatiche, energetiche	☐ Astronomia
☐ Psicologia	☐ Medicina e salute	☐ Biotecnologia
☐ Scienze biologiche		

oppure materia proposta su iniziativa del candidato (allegare proposta di corso / ciclo conferenze a tema:

_____

SOLO per attività didattiche dell'Università delle Tre Età, indicare:

GIORNO DI PREFERENZA PER LO SVOLGIMENTO DEL CORSO **N.B. SE NON C'È PREFERENZA BARRARE ENTRAMBE LE SCELTE**		
☐ Lunedì ore 15-17	☐ Mercoledì ore 15-17	☐ Indifferente
EVENTUALE DISPONIBILITÀ AL MARTEDÌ E/O AL VENERDÌ PER RECUPERO LEZIONE E/O A CAUSA DELLA MANCATA DISPONIBILITÀ DEL TEATRO		
☐ SI	☐ NO	
PERIODO DI PREFERENZA PER LO SVOLGIMENTO DEL CORSO (SELEZIONARE ALMENO DUE PREFERENZE)		
☐ Ottobre	☐ Febbraio	
☐ Novembre	☐ Marzo	
☐ Dicembre	☐ Aprile	
☐ Gennaio	☐ Maggio	
INDICARE LA PREFERENZA RELATIVA AL NUMERO DI INCONTRI DEL CORSO		

☐ 3 incontri	☐ 4 incontri	☐ indifferente
INDICARE LA PROPRIA DISPONIBILITÀ ALL'INCARICO PER LE SEGUENTI ANNUALITÀ		
☐ 2023/2024	☐ 2024/2025	☐ 2025/2026

PRENDE ATTO

che in caso di chiamata sottoscriverà un incarico a termine, con esclusione di rinnovo automatico

AUTORIZZA

ai sensi REU 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il trattamento dei personali contenuti nella presente dichiarazione nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DICHIARA

di aver letto integralmente l'avviso pubblico per la formazione di un albo di accreditamento per il conferimento di incarichi professionali relativi alle attività didattiche dell'università delle tre età e cicli di conferenze a tema e di accettare integralmente il suo contenuto.

Luogo e data

Firma
(autografa o digitale ai sensi dell'art. 24 D.Lgs. 82/2005)

_____ _____