

PROGETTO PILOTA MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITA' E RICERCA  
COMITATO OLIMPICO NAZIONALE ITALIANO E PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
"ALFABETIZZAZIONE MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA"

**MODULO DOMANDA PER SVOLGERE ATTIVITA' DI**

**ESPERTO**

(contrassegnare la casella di interesse)

**FORMATORE**

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| NOME.....                          | COGNOME.....          |
| CODICE FISCALE .....               |                       |
| LUOGO E DATA DI NASCITA.....       |                       |
| INDIRIZZO (domicilio o residenza): |                       |
| COMUNE .....                       | PROVINCIA .....       |
| VIA/PIAZZA .....                   | N. ....CAP.....       |
| TELEFONO.....                      | CELL. ....E-MAIL..... |

**TITOLI DI STUDIO/ ABILITAZIONI/ SPECIALIZZAZIONI**

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> LAUREA TRIENNALE IN SCIENZE MOTORIE             |                             |                             |
| conseguita presso.....   | il.....                     | con punti.....              |
| <input type="checkbox"/> LAUREA QUADRIENNALE IN SCIENZE MOTORIE          |                             |                             |
| conseguita presso.....   | il.....                     | con punti.....              |
| <input type="checkbox"/> LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE MOTORIE            |                             |                             |
| conseguita presso.....   | il.....                     | con punti.....              |
| <input type="checkbox"/> DIPLOMA ISEF                                    |                             |                             |
| conseguito presso.....   | il.....                     | con punti.....              |
| ABILITAZIONE ALL'INSEGNAMENTO  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE PER IL SOSTEGNO                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ALTRI TITOLI (specificare con data, sede di conseguimento e punteggio) : |                             |                             |
| .....  |                             |                             |
| .....  |                             |                             |

**PARTECIPAZIONE A CORSI SPECIFICI SULL'EDUCAZIONE  
MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA ORGANIZZATI DA :**

**M.I.U.R.**

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

**C.O.N.I.**

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

**ALTRI**

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

LUOGO.....data.....

## ESPERIENZE LAVORATIVE DI CONSULENTE ESPERTO

| ENTE / ISTITUZIONE | LUOGO | ANNO  |
|--------------------|-------|-------|
| 1).....            | ..... | ..... |
| 2).....            | ..... | ..... |
| 3).....            | ..... | ..... |
| 4).....            | ..... | ..... |

## ELABORAZIONE DI PROGETTI DI ATTIVITA' MOTORIA PER LA SCUOLA PRIMARIA

| ENTE / ISTITUZIONE | LUOGO | ANNO  |
|--------------------|-------|-------|
| 1).....            | ..... | ..... |
| 2).....            | ..... | ..... |
| 3).....            | ..... | ..... |
| 4).....            | ..... | ..... |

## ALTRE ESPERIENZE NELL'AMBITO DELL'ATTIVITA' MOTORIA

| ENTE / ISTITUZIONE | LUOGO | ANNO  |
|--------------------|-------|-------|
| 1).....            | ..... | ..... |
| 2).....            | ..... | ..... |
| 3).....            | ..... | ..... |
| 4).....            | ..... | ..... |

Dove si intende prestare la propria opera per l'attività di consulente o di formatore ?

REGIONE.....PROVINCIA.....COMUNE.....

LUOGO e DATA

FIRMA

....., .....

## **DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto .....dichiara  
che in caso di conferimento di incarico di prestazione d'opera per  
attività di ①.....parteciperà al modulo  
formativo che si svolgerà nei giorni e nella sede universitaria che gli  
saranno comunicati.

① Esperto o formatore (indicare funzione)

**LUOGO e DATA**

....., .....

**FIRMA**

.....

## **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione al trattamento dei  
dati personali nelle forme e nei limiti previsti dalla normativa  
vigente.

**LUOGO e DATA**

....., .....

**FIRMA**

.....