

MOD. A/2020- TFA SOSTEGNO

All'Ufficio Scolastico Territoriale

14100 A S T I

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. _____)

il _____ n. telefono _____ mail _____

in qualità di :

DOCENTE di: Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola di I° grado Scuola di II° grado

di religione cattolica di attività alternative (specificare grado d'istruzione come sopra)

DOCENTE a tempo indeterminato determinato (fino al termine delle attività didattiche)

In servizio presso : _____

CHIEDE

di poter fruire nell' **anno 2020** (OTTOBRE /DICEMBRE) dei permessi per il diritto allo studio previsti dall'art.

3 del D.P.R. n.395/88 e dal CCDR/2017, per la frequenza del V ciclo del TFA Sostegno e a tal fine :

DICHIARA

DI ESSERSI ISCRITTO AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE TFA SOSTEGNO IN DATA

_____ PRESSO _____

SI ALLEGA DOCUMENTAZIONE DI AVVENUTA ISCRIZIONE E IMMATRICOLAZIONE .

Il sottoscritto autorizza l'amministrazione ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell'ambito e per i fini propri della Pubblica Amministrazione s (D. Lgs 30 Giugno 2003, n° 196)

(Firma del richiedente)

Data, _____

VISTO : IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma _____

Istanza presentata in data _____ Prot.n. _____ (a cura della scuola)