

**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)