PERMESSI PER FORMAZIONE PERSONALE DOCENTE

Spazio riservato al protocollo:

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI VILLAFRANCA D'ASTI

Il/La sottoscritto/a.....

in servizio presso la scuola…….....…….....

in qualità di.....a tempo ☐ indeterminato
☐ determinato

CHIEDE

di FRUIRE dei seguenti GIORNI di AGGIORNAMENTO per partecipare a corso di formazione organizzato

da _____ di _____ (art. 64 c. 5 CCNL 29/11/2007)

giorno_____

giorno_____

giorno_____

giorno_____

giorno_____

per un totale di giorni _____.

Si impegna a presentare dichiarazione di partecipazione.

Data_____

FIRMA_____

VISTA la richiesta

☐ SI CONCEDE
☐ NON SI CONCEDE

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Silvia MONTERSINO

richiesta GIORNI FORMAZIONE DOCENTI.doc