

MOD. A/2019- SOSTEGNO

*All'Ufficio Scolastico Territoriale
Ufficio per lo Studente - AA.GG. Via Coazze, 18
10138 T O R I N O*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. ____)
il _____ in qualità di :

DOCENTE di: Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola di 1° grado Scuola di II° grado
 di religione cattolica di attività alternative (specificare grado d'istruzione come sopra)

iscritto/a nelle graduatorie di istituto della provincia di _____

DOCENTE a tempo indeterminato determinato supplente temporaneo

CHIEDE

di poter fruire nell' **anno 2019** (SETTEMBRE/DICEMBRE) dei permessi per il diritto allo studio previsti dall'art. 3 del D.P.R. n.395/88 e dal CCDD/2017, per la frequenza del IV 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.

Data, _____

(Firma del richiedente)