

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD INIZIATIVA DI FORMAZIONE

Oggetto:

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome:

Indirizzo mail:

Cell.:

In servizio presso l'Istituto:

Plesso:

grado:

- In qualità di DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO
- In qualità di DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO

presa visione della Nota relativa al corso in oggetto e autorizzando i referenti del corso all'utilizzo di foto e filmati relativi all'attività svolta,

CHIEDE

di poter partecipare al percorso di formazione:

BASEBALL 6 OTTOBRE

TCHOUKBALL BASE 7 OTTOBRE

TCHOUKBALL AVANZATO 9 OTTOBRE

ULTIMATE FRISBEE E DISC GOLF CARPI 20 OTTOBRE

ULTIMATE FRISBEE E DISC GOLF FORMIGINE 27 OTTOBRE

Data

Firma del docente

VISTO, SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico  
Timbro/firma