

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:

FLAG FOOTBALL – 7 NOVEMBRE

PICKLEBALL – 24 NOVEMBRE

RUGBY – 2 DICEMBRE

Data

Firma del docente

VISTO, SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico  
Timbro/firma