



MP
DOC
03

MODULISTICA PERSONALE DOCENTI

DICHIARAZIONE PARTECIPAZIONE ATTIVITA' DI FORMAZIONE

Maerne, li _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "G. MATTEOTTI"
MAERNE (VE)

OGGETTO: DICHIARAZIONE PARTECIPAZIONE ATTIVITA' DI FORMAZIONE

_____ sottoscritt _____ in servizio presso questo Istituto

in qualità di **insegnante** di Scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria plesso di _____

a tempo indeterminato determinato

dichiara

di aver partecipato il giorno/i giorni _____

alla seguente attività di formazione: _____

presso _____

presso _____

e che per tale/i giornata/e è da considerarsi in servizio in quanto incaricata/o alla partecipazione dal Dirigente Scolastico.

Allega: _____

Firma _____

Prot. n. _____/fp del _____	<input type="checkbox"/> VISTO: IL DIRETTORE SS.GG.AA <input type="checkbox"/> VISTO: IL VICARIO	<input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA IL DIRIGENTE SCOLASTICO
--------------------------------	---	---

