



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
--------------------------------	---	---

