**All’Ufficio Scolastico Territoriale**

**Piazza Roma, 17**

**13100 VERCELLI**

La/Il sottoscritta/o …................................................................. nata/o a …..................................................... (Prov. ….......) il …................ n. telefono .......................... mail …................................................................... in qualità di:

**DOCENTE** di: *Scuola dell’Infanzia* *Scuola Primaria* *Scuola di I° grado Scuola di II° grado*

di *religione cattolica di attività alternative (specificare grado d’istruzione come sopra*)

**DOCENTE** a  *tempo indeterminato determinato (fino al termine delle attività didattiche)*

In servizio presso: *…..............................................................................................................................................*

# CHIEDE

di poter fruire nell’ ***anno******2020*** (OTTOBRE/DICEMBRE) dei permessi per il diritto allo studio previsti dall’art. 3 del D.P.R. n.395/88 e dal CIR/2017, per la frequenza del TFA SOSTEGNO e a tal fine

DICHIARA

di essersi iscritto al corso di specializzazione TFA SOSTEGNO in data................................................................

presso …..............................................................................................................................................................

Si allega la documentazione dell’iscrizione e immatricolazione.

Il sottoscritto autorizza l’amministrazione ad utilizzare i dati contenuti nel presente documento nell’ambito e per i fini propri della Pubblica Amministrazione (D. Lgs 30 Giugno 2003, n° 196).

Data …...........

(Firma)

…........................................................

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma ….........................................

Istanza presentata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_ (a cura della scuola)