

All'Ambito Territoriale di Asti,  
per il tramite del Dirigente Scolastico dell'Istituto

Il/La/ sottoscritto/a ..... nato/a .....

(Prov. ....) il ..... n. di 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  tempo determinato

in servizio presso l'Istituto .....

....., dal ..... al ..... (solo per docenti a tempo determinato), per n. ore settimanali .....

**CHIEDE**

di poter fruire nell' **anno 2024 (periodo OTTOBRE - DICEMBRE)** dei permessi per il diritto allo studio previsti dall'art. 3 del D.P.R. n.395/88 e dal CIR del 07.11.2023 (Periodo 2024-2027), per la frequenza del Corso abilitante per il conseguimento di \_\_\_\_\_ CFU

Dichiara di essersi iscritto al corso suindicato in data ..... presso .....

Data .....

Firma

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma .....

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

**La documentazione dell'iscrizione e immatricolazione deve essere presentata e conservata agli Atti della Scuola.**