

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 di specializzazione per il conseguimento del titolo per il Sostegno

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.