

	POLO TECNICO PROFESSIONALE ISOLA C.R. di Isola di Capo Rizzuto Via Volandrino - Località Le Castella – 88841 Isola di Capo Rizzuto Codice meccanografico KRRH050009 – Cod. Fiscale 91069800794 Sito web: poloisola.edu.it - Email: krrh050009@istruzione.it Tel. 0962 795439 - PEC: krrh050009@pec.istruzione.it	
---	---	---

Al Personale docente

Oggetto: Avvio iscrizioni per la partecipazione ai percorsi formativi Programma Nazionale "Scuola e competenze" 2021-2027 Priorità 01 - Scuola e competenze - Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) Obiettivo Specifico ESO4.5, Azione ESO4.5.A2 - Sotto azione ESO4.5.A2.B Progetto: ESO4.5.A2.B-FSEPN-CA-2026-616– Avviso: 95165 del 24/04/2026 - Formazione docenti.

CUP: J44D26002330007

CNP: ESO4.5.A2.B-FSEPNCL-2026-140

Si comunica al personale docente che sono aperte le iscrizioni ai seguenti moduli formativi, deliberati dal collegio Docenti e che si svolgeranno presso questa Istituzione scolastica:

Sotto-azione	Titolo Modulo Formativo	Ore Totali
ESO4.5.A2.B	Intelligenza artificiale e didattica	30
ESO4.5.A2.B	Gestione efficace del gruppo classe	30

Le attività dovranno essere obbligatoriamente svolte in orario extracurricolare.

Gli interessati dovranno presentare la propria domanda **entro e non oltre le ore 12:00 del 15/09/2026**, consegnandola presso la Segreteria oppure inviandola all'indirizzo e-mail krrh05009@istruzione.it.

Si precisa, inoltre, che almeno uno dei due moduli dovrà essere avviato in piattaforma entro il 22/09/2026.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Tommaso Bubba

Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale (D. Lgs. 82/2005 e norme collegate). Esso sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Firmato digitalmente da Tommaso Bubba

**Al Dirigente Scolastico
Polo Tecnico Professionale Isola C.R.**

OGGETTO: Richiesta partecipazione al corso di formazione docenti. Programma Nazionale "Scuola e competenze" 2021-2027 Progetto: ESO4.5.A2.B-FSEPNCL-2026-140 Avviso: 95165 del 24/04/2026 - Formazione docenti

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Nato/a a: _____ Prov. (____) il: ____/____/____

Residente a: _____ Prov. (____) C.A.P. _____

Via/Piazza: _____ n. _____

Telefono Fisso/Cellulare: _____

E-mail: _____ PEC: _____

CHIEDE

di partecipare al modulo formativo

☐ Intelligenza artificiale e didattica

☐ Gestione efficace del gruppo classe

Firma
