

Al Dirigente Scolastico SEDE

Oggetto: Domanda di iscrizione al Corso di formazione e-learning "Dislessia amica" - Livello avanzato – a.s. 2019/20

Il/la sottoscritto/a ....., (cognome e nome)

docente di ..... Cl. .... a tempo  indeterminato /

determinato presso codesta Istituzione scolastica, Istituto,

codice fiscale

e-mail: .....

CHIEDE

di essere iscritto al Corso di formazione e-learning "Dislessia amica".

A tal fine dichiara di essere:  Docente curricolare  Docente di sostegno  Docente componente del G.L.I.  Docente di almeno una classe con alunni D.S.A.  Docente tutor degli alunni  Docente coordinatore del CdC

Dichiara, altresì, di aver partecipato con successo al Corso di formazione "Dislessia Amica" nell'anno scolastico 201\_\_\_\_ / 201\_\_\_\_

Matera, .....