

ALL'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE di

Il/La sottoscritto/a professore/sa

Nato/a a   il

Città Provincia data di nascita

insegnante titolare di

con sede di titolarità

Scuola Via Cap e Città

telefono fax e-mail

con sede di servizio

*se diversa da quella di titolarità*

Scuola Via Cap e Città

telefono fax e-mail

CHIEDE

di partecipare al

per n.  docenti in servizio negli Istituti di istruzione  secondaria I grado  secondaria II grado

che si terrà a  dal  al

Al riguardo il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità:

- di prestare effettivo servizio presso l'Istituto
- di prestare effettiva attività di insegnamento della lingua
- di non aver partecipato - nell'ultimo triennio - a medesime od analoghe attività di formazione né di aver fruito - nell'ultimo triennio - di borse di studio, o di ricerca o di perfezionamento linguistico offerte dal Ministero degli Affari Esteri, né di borse di studio, di ricerca o perfezionamento linguistico assegnate da Enti, Governi stranieri o organizzazioni internazionali e comunitarie.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta pervenire al seguente indirizzo:

	n.	Cap	Città	Prov.
Via/Piazza				

tel.  cell.  fax  e-mail

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni cambiamento della sede di servizio o del domicilio eletto ai fini della partecipazione al corso di aggiornamento.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di accettare incondizionatamente le condizioni stabilite dalla circolare medesima, in particolare dichiara di assumere a proprio carico le spese di viaggio da e per la località sede del corso in oggetto.

(data)

(firma)

Riservato al Capo d'Istituto per l'**obbligatorio** NULLA OSTA