

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.T.I.S. "E.FERMI"
DI G I A R R E

____ sottoscritt ____ nat ____ a ____
il ____ e residente in ____
via ____ tel. ____
C.F.: ____ - e-mail ____

CHIEDE

Di partecipare, quale corsista, al progetto PON

**“TECNICHE PER L’IMPLEMENTAZIONE E LA GESTIONE DELLE RETI
DISCOVERY 3” D1 F.S.E. 2010-10**

A tal fine dichiara:

1. di avere il seguente grado di istruzione _____
2. la propria sede di titolarità è _____

E' consapevole che:

- il corso sarà articolato in 50 ore da effettuarsi in orario pomeridiano;
- non potrà superare il 25% di ore di assenza, pena l'esclusione dal corso.

Giarre _____

FIRMA

____ l____ sottoscritt____, ai sensi della normativa vigente, autorizza l'Amministrazione Scolastica ad utilizzare i dati dichiarati solo per i fini istituzionali.

Firma _____