AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’I.T.A.S. ”B. CHIMIRRI”

Via D. Romeo, 25

CATANZARO

Progetto di formazione “Dislessia Amica”

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente titolare dell’insegnamento di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_in servizio nella/e

classe/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare al progetto di formazione e-learning “Dislessia Amica” organizzato dalla Associazione Italiana Dislessia (AID ) in collaborazione con la Fondazione TIM , il Ministero della Salute e di intesa con il MIUR.

Il/la sottoscritt\_ si impegna a svolgere interamente l’attività di formazione.

Il/la sottoscritt\_ dichiara di insegnare in una classe in cui è presente alunno con DSA.

Il/la sottoscritt\_ dichiara di voler permanere in servizio in questa scuola almeno per il prossimo triennio .

Il/la sottoscritt\_ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della D. L.vo n. 196/2003 per l’inserimento sulla piattaforma dell’associazione AID.

Catanzaro, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_