AGENZIA PROVINCIALE FROSINONE FORMAZIONE

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Agenzia Provinciale Frosinone Formazione
Via Tiburtina, 221 – 03100 Frosinone
Tel. 0775.821111 Fax 0775.824345

Anno Formativo 2007-2008

Il/La sottoscritto/a Cognome_____ Nome_____

Tel. Abit. _____ Tel. Cell. _____ Tel. Lav._____

in qualità di:
- □ Docente scuola dell'infanzia
- □ Docente scuola primaria
- □ Docente scuola secondaria I grado
- □ Docente scuola secondaria II grado
- □ Dirigente scolastico
- □ Personale ATA

Denominazione Istituto Scolastico di provenienza: _____

_____

chiede di essere ammesso a frequentare il corso di formazione per il personale della scuola riconosciuto dall'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio (D. M. 90/2003):

EDUCAZIONE ALL' ASCOLTO

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

Dichiara:

che il richiedente

- è nato/a _____ il _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |
- è di sesso F M
- è residente a _____ cap _____ Prov.____

  in via _____
- è cittadino/a _____

Data ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____