

## Richiesta di partecipazione al corso di formazione per docenti – tutor

Il termine per la compilazione del presente modulo è fissato alle ore 23.59 dell' 05/02/2019

La compilazione del presente modulo avviene secondo le disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA". In particolare: – i dati riportati dal candidato assumono il valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione rese ai sensi dell'articolo 46; vigono, al riguardo, le disposizioni di cui all'art. 76 che prevedono conseguenze di carattere amministrativo e penale per il candidato che rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità; – i competenti Uffici dell'Amministrazione scolastica possono disporre gli adeguati controlli sulle dichiarazioni rese dal candidato secondo quanto previsto dagli artt. 71 e 72; – i dati richiesti nel modulo di domanda sono acquisiti in quanto strettamente funzionali alla costituzione degli elenchi del personale da formare ed assumono carattere di riservatezza previsto dal d. lgs. n. 196/2003. Il responsabile del trattamento di tali dati è il dott. Vincenzo Melilli, Dirigente dell'Ufficio II dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia ovvero di ogni altro funzionario che per necessità della procedura deve trattare i dati medesimi.

**All'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia BARI Richiesta di partecipazione al corso di formazione per docenti - tutor N.B.: La scheda deve essere compilata, in ogni sua parte**

### DATI ANAGRAFICI

Cognome  \*

Nome  \*

Data di nascita  \*

Comune di nascita  \*

Provincia di nascita  \*

Codice Fiscale  \*

### DATI DI SERVIZIO

Classe di concorso di ruolo  \*

Codice meccanografico Scuola di titolarità  \*

Denominazione della Scuola di Titolarità  \*

Comune della Scuola di Titolarità

Codice meccanografico Scuola di Servizio  \*

Denominazione della Scuola di Servizio

Comune della Scuola di Servizio

Tutor di docenti neoassunti in questo a.s. (SI/NO)  ▼ \*

Tutor di docenti al terzo anno FIT in questo a.s. (SI/NO)  ▼ \*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

A CURA DELL'ISTITUTO DI SERVIZIO CONVALIDA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO SEDE DI SERVIZIO

Data \_\_\_\_\_

Il D.S. \_\_\_\_\_

**\* Attenzione questi campi sono obbligatori**

Stampa

invia