**All’Ambito Territoriale di Vercelli,**

**per il tramite del Dirigente Scolastico dell’Istituto**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La/Il sottoscritta/o …................................................................. nata/o a …..................................................... (Prov. ….......) il …................ n. di telefono .......................... mail …................................................................ in qualità di:

 **DOCENTE** di: *Scuola dell’Infanzia* *Scuola Primaria* *Scuola di I° grado Scuola di II° grado*

 di *religione cattolica di attività alternative (specificare grado d’istruzione come sopra*)

 **DOCENTE** a  *tempo indeterminato tempo determinato*

 in servizio presso l’Istituto …………………………………………………………………………………………………………………………..

*…………………….****,***dal ………… al ………… (solo per docenti a tempo determinato), per n. ore settimanali *…………*

# CHIEDE

di poter fruire nell’ **anno** **2024** **(periodo OTTOBRE-DICEMBRE)** dei permessi per il diritto allo studio previsti dall’art. 3 del D.P.R. n.395/88 e dal CIR del 07.11.2023 (Periodo 2024-2027), per la frequenza del Corso di specializzazione per il conseguimento del titolo per il Sostegno.

Dichiara di essersi iscritta/o al corso suindicato in data .......................... presso …………………………………………..

 …........................................................................................................................................................................

Data …...........

 Firma

 …........................................................

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

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma ….........................................

Istanza presentata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_ (a cura della scuola)