Allegato A

Al dirigente scolastico

Dell’Istituto Omnicomprensivo

Filadelfia

La/Il sottoscritto ………………………………

Docente di………………………………………

Presso la scuola………………………………

conferma di voler partecipare al corso di formazione “Strategie didattiche e strumenti compensativi per DSA” tenuto dalla Dott.ssa Laura Casaldi nelle seguenti date (barrare con una X):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DA 14 AL 16 MARZO COMPRESO | CORSO PER DOCENTI DI SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO | AUDITORIUM LICEO SCIENTIFICO |
|  | DAL 4 AL 6 APRILE | CORSO BASE PER DOCENTI DI SCUOLA PRIMARIA | SALA DOCENTI SCUOLA PRIMARIA |
|  | DAL 13 AL 15 GIUGNO | CORSO AVANZATO PER DOCENTI DI SCUOLA PRIMARIA | SALA DOCENTI SCUOLA PRIMARIA |

**DATA**

**Firma**