**ALLEGATO B**

Oggetto: Corso di formazione per collaboratori scolastici – Assistenza di base

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirigente scolastico dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

avendo acquisito la disponibilità degli interessati, comunica i seguenti nominativi:

Inserire cognome e nome luogo e data di nascita SI /NO ex art. 7 CCNL

Sede prescelta per la partecipazione al corso : IC “P. S. Di Guardo-Quasimodo”

IL DIRIGENTE SCOLASTICO