

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO CISERANO

Oggetto: Richiesta incontro A.S.T.

Il/La sottoscritto/a _____
docente di _____
presso _____

CHIEDE

l'autorizzazione per partecipare all'incontro con _____
_____ presso _____

il giorno _____ dalle ore _____

DICHIARA

Di essere in servizio
 NON in servizio

SI IMPEGNA

A consegnare in segreteria la certificazione entro 5 giorni dall'incontro

Data _____

Firma

Visto: **SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA**



Il Dirigente Scolastico
Prof. Ing. **Ivano De Luca**