



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
Direzione Generale

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 : _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO