



*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