



  **EXAM - CENTRE EI - CENTER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ministero dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca** |  |
|  |  |
|  | **Istituto Comprensivo Statale “Gobetti”** |  |
|  | Via Tintoretto 9 – 20090 Trezzano Sul Naviglio |  |
|  | Tel 02 4456971 – Fax 02 48401956 |  |
|  | miic8eq003@istruzione.it – miic8eq003@pec.istruzione.it |  |
|  |  |  |  |  |  |

alla c.a. della

Dirigente Scolastica

Dell’ICS “Gobetti”

Trezzano sul Naviglio

OGGETTO: **ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE METODOLOGICA CLIL**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente a tempo determinato □ indeterminato □

presso l’IC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiede di essere ammesso/a al corso di formazione metodologica CLIL

Dichiaro di essere/non essere interessato/a a sostenere l’esame di certificazione per l’ottenimento del livello.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_