



**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](mailto:Miic8eq003@istruzione.it) – [miic8eq003@pec.istruzione.it](mailto: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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_