DISPONIBILITA’ Art.9

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’ITE “A.GALLO”**

**DI AVERSA**

**"COMINCIO BENE"**

Progetto *A*ree a rischio

*Art.9 del C.C.N.L. Comparto Scuola 2006/2009-*

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e cognome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Residenza o Domicilio** |  |
| **Recapiti telefonici** |  |
| **Indirizzo email** |  |
| **Disciplina di insegnamento** |  |
| dichiara la propria disponibilità a svolgere il seguente modulo: | |
| **Titolo modulo** |  |
| **Breve descrizione delle attività da realizzare con gli studenti** |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**