
	<p style="text-align: center;">Istituto Statale Istruzione Superiore EUROPA</p> <p style="text-align: center;">Via Fiuggi, 14 - 80038 –Pomigliano d'Arco - NA Http://www.isiseuropa.edu.it Email: nais078002@pec.istruzione.it nais078002@istruzione.it tel.08119668187-08119668190 – tel/fax 0810147112 codice fiscale: 93047350637</p>	
---	--	---

Ai Dirigenti Scolastici dell'ambito 19

Oggetto: Comunicazioni ulteriori corsi formazione

Si comunicano i seguenti calendari dei corsi di formazione che saranno attivati nell'Ambito 19:

Corsi	Date	Scuola Sede	Titolo Corso	Esperto	mail
n. 1	30/4/2019 orario 14,30-17,30 3/5/2019 orario 14,30-17,30 7/5/2019 orario 14,30-17,30 17/5/2019 orario 14,30-18,00	IV Circolo di Acerra	ICF a scuola	Prof.ssa De Dominicis	nase34400b@istruzione.it
n. 1	7/5/2019 orario 14,30-19,00 8/5/2019 orario 8,30-13,30 e 14,30 -17,30	I.C. Merliano- Tanzillo	Pensare pedagogico in ICF per l'inclusione scolastica degli alunni	Prof.re Alessandro Frolli	namm622004@istruzione.it
n. 1	21/5/2019 orario 14,30-19,00 22/5/2019 orario 8,30-13,30 e 14,30 -17,30		Pensare pedagogico in ICF per l'inclusione scolastica degli alunni		namm622004@istruzione.it
n. 1	28/5/2019 orario 14,30-19,00 29/5/2019 orario 8,30-13,30 e 14,30 -17,30		Autismo e comunicazione degli alunni aumentativa		namm622004@istruzione.it
n. 1	Date da definire	Liceo Colombo di Marigliano	Nuovo esame di Stato	Pearson	naps02000q@istruzione.it
n. 1	Date da definire	Liceo Carducci di Nola	Nuovo esame di Stato	Pearson	napc33001v@istruzione.it
n. 1	Date da definire	Isis Europa	Nuovo esame di stato	Pearson	scuoleambito19@gmail.com

Le domande di partecipazione ai corsi suddetti (modulo di adesione allegato), max 2 docenti per ogni istituzione scolastica, dovranno **essere inviate alla scuola sede del corso** in formato WORD scrivendo nell'oggetto: **Formazione docenti Ambito 19 iscrizione corso “ inserire il titolo del corso.....”**.

Le domande saranno accettate in ordine di arrivo.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Rosanna Genni
(Firma autografa sostituita
a mezzo

stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.lvo 39/93)

della scuola sede corso _____

Oggetto: **Formazione docenti Ambito 19 iscrizione corso “ inserire il titolo del corso.....”:**

Il/La sottoscritto/a _____ Dirigente scolastico
dell'Istituzione
Scolastica

Città _____ Provincia _____

Tel _____ e-mail _____

CHIEDE

di iscrivere al corso in oggetto i seguenti docenti:

1) Cognome _____ Nome _____
Materia di insegnamento: _____
e-mail _____
recapito telefonico _____

2) 2) Cognome _____ Nome _____
Materia di insegnamento: _____
e-mail _____
recapito telefonico _____

il/la Dirigente Scolastico/a

(Firma autografa sostituita

a mezzo

stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.lvo 39/93)