

**DICHIARAZIONE ORE DI FORMAZIONE EFFETTIVAMENTE SVOLTE DOCENTI**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_;

CONTRATTO A TI O A TD ALMENO FINO AL 30/06: \_\_\_\_\_;

NUMERO COMPLESSIVO ORE FORMAZIONE GIA' SVOLTE: \_\_\_\_\_;

AMBITO DELLA FORMAZIONE SULLA BASE DELLE DELIBERE COLLEGIALI N.31 DEL  
17/05/2016 E N.16 DEL 06/07/2017: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

TEMA O TITOLO DELLA FORMAZIONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

SCUOLA O ENTE CERTIFICATORE ACCREDITATO MIUR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

DIMOSTRABILI CON:

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

FIRMA/E DI PRESENZA

FIRMA DOCENTE

\_\_\_\_\_