

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

Corso di Formazione per i Docenti

DIALOGHI AGRIGENTINI

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Docente di \_\_\_\_\_ Istituto Scolastico \_\_\_\_\_

Sede di \_\_\_\_\_

Preso visione delle attività del corso e delle date indicate nel programma, si impegna a frequentare assiduamente tutte le iniziative didattiche previste.

\_I\_ sottoscritt\_ solleva da ogni responsabilità il Parco Valle dei Templi circa eventuali imprevisti o danni inerenti s persone e cose nel corso delle attività didattiche.

\_I\_ sottoscritt\_ esprime il consenso al trattamento dei dati personali in riferimento alle attività del Corso (Art. 13 D.L. 196/2003)

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Visto il calendario allegato, si autorizza la partecipazione del docente alle attività formative

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Da inviare al fax 0922-26438 o alla mail [parcodeitempli@regione.sicilia.it](mailto:parcodeitempli@regione.sicilia.it) entro il 12 marzo 2026