**Piano di** **formazione del personale della scuola sui BES, D.M. 821 dell’11 ottobre 2013, art. 3, c.1, lett. H**

**Richiesta iscrizione attività di laboratorio**

Da inviare entro il il 16 gennaio 2015 a ufficioh.ustbs@gmail.com

Istituto Scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice meccanografico dell’Istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente(Cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ha partecipato all’incontro in plenaria con il Prof. Zampieri del 26 novembre 2014? (si- no)\_\_\_\_\_

Ricopre l’incarico di Referente BES? (si- no) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro incarico (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Laboratorio a cui chiede l’iscrizione**

(è ammessa l’iscrizione a un solo laboratorio è possibile indicare con il numero 1 la prima scelta e con 2 la seconda scelta)

 **Modulo 3 autismo-ADHD**

 **Modulo 4 disabilità grave-intellettiva**

Indirizzo di posta elettronica del docente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma