

ALLEGATO A (collaboratori scolastici)

Corso di formazione su *:

- **Primo Soccorso**
- **Epilessia e crisi convulsive**
- **Diabete**

Cognome e nome del collaboratore scolastico		
Data e luogo di nascita		
	SI	NO
presta servizio nel piano in cui sono presenti alunni con una delle patologie di cui sopra		
Collaboratore a tempo indeterminato in servizio presso l'Istituzione		
Partecipazione ad un precedente corso di formazione della stessa tipologia (indicare la tipologia di corso e l'anno)		
Disponibilità a partecipare al corso (se si specificare a quale/i corso/i si desidera partecipare)		
Godimento del beneficio economico ex art. 7 CCNL (Assistenza agli alunni con disabilità).		

Si prega di compilare la scheda e di rispondere apponendo una crocetta nella colonna di interesse SI/NO.

L'allegato A dovrà pervenire all'indirizzo email della scuola paic8a600b@istruzione.it entro il 20 ottobre 2020

Firma del collaboratore scolastico