

ALBO n° 252

TM

DEL 5.11.2013

S.N.A.L.S.- CONF.S.A.L.

confsat

SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO LAVORATORI SCUOLA
CONFEDERAZIONE SINDACATI AUTONOMI LAVORATORI

SEGRETERIA PROVINCIALE

BOLOGNA, Via V. Bigari, 17/2 - tel 051366065 fax 051 4075998
IMOLA, Via Venturini, 24/f - Sala Venturini Comune di Imola - tel 3464306127
e-mail consulenza@snalsbologna.it
sito snalsbologna.it

ISTITUTO COMPRENSIVO DI
SAN GIORGIO DI PIANO (BO)

Prot. N° 6336 / A26d
del 05.11.2013

INFORMATIVA N. 27
4 novembre 2013

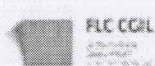
e, p.c. —> Alla RSU
All'Albo sindacale
Ai Dirigenti Scolastici
Ai DSGA

PERMESSI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO (150 ORE) E DECRETO SULLA

PRIORITÀ NELLA FREQUENZA DEI PAS - RICHIESTA INCONTRO URGENTE

Le OO.SS., in data odierna, hanno inviato al MIUR una richiesta di incontro per affrontare le problematiche relative sia alla concessione dei permessi per il diritto allo studio (150 ore) che sul Decreto relativo alla priorità nella frequenza dei PAS.

Riportiamo di seguito il testo della richiesta suddetta.



Prot. n. 389/2013

Roma, 04 novembre 2013

Al Dott. Luciano Chiappetta
Capo Dipartimento per l'Istruzione

Al Dott. Gildo De Angelis
Direzione generale per il Personale scolastico
Ufficio I

Al Dott. Giacomo Moliterno
Direzione generale per il Personale scolastico
Ufficio III

Oggetto: richiesta incontro urgente su permessi per il diritto allo studio (150 ore) e decreto sulla priorità nella frequenza dei PAS

Le scriventi organizzazioni sindacali chiedono un incontro per affrontare tutte le problematiche relative sia alla concessione dei permessi per il diritto allo studio (150 ore) che sul Decreto relativo alla priorità nella frequenza dei PAS.

L'incontro è particolarmente importante in considerazione dell'urgenza di avviare i corsi PAS e delle numerose attività di formazione previste nell'anno scolastico 2013/2104 (TFA, PAS, corsi di sostegno, riconversione su sostegno, corsi di lingua inglese per la scuola primaria, CLIL).

In attesa di un cortese riscontro si porgono cordiali saluti.

ALBO n° 252


DEL 5.11.2013

S.N.A.L.S.- CONF.S.A.L.

SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO LAVORATORI SCUOLA
CONFEDERAZIONE SINDACATI AUTONOMI LAVORATORI

SEGRETERIA PROVINCIALE

BOLOGNA, Via V. Bigari, 17/2 - tel 051366065 fax 051 4075998
IMOLA, Via Venturini, 24/f - Sala Venturini Comune di Imola - tel 3464306127
e-mail consulenza@snalsbologna.it
sito snalsbologna.it

 **confsal**

INFORMATIVA N. 28

4 novembre 2013

ISTITUTO COMPRENSIVO DI
SAN GIORGIO DI PIANO (BO)
Prot. N° 6336 /A26d
del 05.11.2013

e, p.c.

Alla RSU

→ All'Albo sindacale

Ai Dirigenti Scolastici

Ai DSGA

CONFSALFORM – BES – “BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI”

Con la presente si comunica che dai prossimi giorni è attiva la procedura di raccolta delle iscrizioni al corso in BES- Bisogni Educativi Speciali, organizzato da CONFSAL-FORM, per quanti lo vorranno.

Il corso sarà attivo a partire dal **11 novembre 2013**, data che rappresenta anche l'inizio dell'invio delle credenziali di accesso a tutti i partecipanti.

Ricordiamo che il costo del corso è di € 100,00 a partecipante, e che la procedura per l'iscrizione, prevede la compilazione del modulo d'iscrizione (*vedi allegato*), disponibile sul sito internet di Confsalform www.confsalform.it, all'interno del catalogo *Formazione in servizio*.

Il suddetto modulo d'iscrizione, dovrà essere inviato, dalla SEGRETERIA SNALS DI BOLOGNA tramite FAX al numero **06 55 34 21 76**, con la copia della ricevuta di avvenuto bonifico dei partecipanti.

Infine per ulteriori informazioni e/o chiarimenti è possibile contattare la Dott.ssa Emanuela Artibani al numero 0655342172 e all'indirizzo e-mail e.artibani@confsalform.it, oppure al numero di telefono 051366065 o all'indirizzo e-mail snals@hotmail.it, della Segreteria Snals di Bologna.

MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO
" BES – BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI "
Fax 06-55342176

Spett.le
Confsalform
Via di Vigna Jacobini n. 5
00149 – Roma (RM)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ () il _____
residente a _____ () CAP _____
in via/piazza/viale _____ n. _____ tel. _____
fax _____ e-mail _____ C.F. _____
in servizio presso l'Istituto Scolastico: _____
Sede Provinciale accreditata _____

CHIEDE

- ☐ di essere iscritto/a al corso di formazione di 25 ore in "BES – Bisogni Educativi Speciali" erogato nelle seguenti modalità e ore di lavoro:

- Corso di Base: ore 15
- Corso di Supporto ore 4
- Corso di Contesto: ore 6

Nota:

- Corso di BASE - Completamente fruibile in Rete
- Corso di SUPPORTO – Fruibile in video lezione registrata
- Corso di CONTESTO - Fruibile esclusivamente in Aula

DICHIARA

- ☐ di aver versato la somma di € 100,00 IVA inclusa, tramite bonifico bancario intestato a Confsalform su:

Conto corrente Bancario : c/o Unicredit Viale Trastevere n. 95 00153 ROMA (RM) Iban IT51W0200805319000401370759	Causale: Iscrizione al corso "BES – Bisogni Educativi Speciali" e Nome e Cognome del Partecipante. Nota: Effettuato il Bonifico, si prega di stamparne una copia e di inviarla, tramite fax, al N° 0655342176 unitamente a copia di un documento di riconoscimento valido.
--	--

- ✓ **DICHIARA** di essere consapevole che eventuali variazioni inerenti al corso sopra indicato saranno comunicate esclusivamente sul sito www.confsalform.it

Luogo e Data _____

Firma _____

Nel caso in cui il corso non venga attivato, si richiede che l'importo versato venga restituito mediante

accredito sul c.c. _____ Codice Iban: _____ intestato a _____

Presso la banca _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Trattamento dati, ai sensi di quanto previsto dal D.L.vo n. 196/2003 il sottoscritto autorizza formalmente il trattamento dei propri dati personali per i fini connessi alla gestione del corso.
Il sottoscritto autorizza altresì l'eventuale comunicazione dei propri dati per la spedizione di materiali didattici e di documentazione.

Luogo e Data _____

Firma _____

MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO
" BES – BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI "
Fax 06-55342176

Spett.le
Confsalform
Via di Vigna Jacobini n. 5
00149 – Roma (RM)

Il/la sottoscritto/a Dirigente Scolastico _____
 In servizio presso l'Istituto Scolastico _____
 nato/a _____ () il _____
 residente a _____ () CAP _____
 in via/piazza/viale _____ n. _____
 tel. _____ fax _____ e-mail _____
 C.F. _____
 Sede Provinciale accreditata _____

CHIEDE

☐ l'iscrizione del seguente personale scolastico al corso di formazione di 25 ore in "BES – Bisogni Educativi Speciali" erogato nelle seguenti modalità e ore di lavoro:

- Corso di Base: ore 15
- Corso di Supporto ore 4
- Corso di Contesto: ore 6

Nome e Cognome partecipante	E-mail
1) _____	1) _____
2) _____	2) _____
3) _____	3) _____
4) _____	4) _____
5) _____	5) _____
6) _____	6) _____
7) _____	7) _____
8) _____	8) _____
9) _____	9) _____
10) _____	10) _____

DICHIARA

☐ di aver versato la somma di **€ 100,00** IVA inclusa, per ciascun partecipante, tramite bonifico bancario intestato a Confsalform su:

Conto corrente Bancario :
 c/o Unicredit

Viale Trastevere n. 95
 00153 ROMA (RM)

Iban IT51W0200805319000401370759

Causale: Iscrizione al corso "BES – Bisogni Educativi Speciali" e Nome e Cognome del Partecipante.

Nota:

Effettuato il Bonifico, si prega di stampare una copia e di inviarla, tramite fax, al N° 0655342176 unitamente a copia di un documento di riconoscimento valido.

✓ **DICHIARA** di essere consapevole che eventuali variazioni inerenti al corso sopra indicato saranno comunicate esclusivamente sul sito www.confsalform.it

Luogo e Data _____

Firma _____

Nel caso in cui il corso non venga attivato, si richiede che l'importo versato venga restituito mediante

accredito sul c.c. _____ Codice Iban: _____ intestato a

_____ presso la banca _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Trattamento dati, ai sensi di quanto previsto dal D.L.vo n. 196/2003 il sottoscritto autorizza formalmente il trattamento dei propri dati personali per i fini connessi alla gestione del corso.

Il sottoscritto autorizza altresì l'eventuale comunicazione dei propri dati per la spedizione di materiali didattici e di documentazione.

Luogo e Data _____

Firma _____