



Sede/Data.....

Il/La sottoscritto/a.....
iscritto al corso di tirocinio formativo attivo per la classe di abilitazione
presso

DICHIARA

di impegnarsi a rispettare il vincolo del segreto professionale su quanto viene detto e deciso durante le riunioni degli Organi Collegiali a cui assisterà nelle Scuole sede di tirocinio.

In fede

FIRMA

.....

(da consegnare a cura del tirocinante al Dirigente scolastico di ciascuna Scuola sede di tirocinio)