

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Sigismondo Nardi"
Viale dei Pini, 49
63822 PORTO SAN GIORGIO (FM)
apic82300c@istruzione.it

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità per spezzoni orari pari o inferiori a 6 ore settimanali a.s. 20 /

Il/la sottoscritto/a _____

docente di _____ cl. Conc. _____

nell'Istituto Comprensivo "Sigismondo Nardi" di Porto San Giorgio per n. _____ settimanali

- con contratto a tempo determinato avente titolo al completamento
 con contratto a tempi indeterminato
 con contratto a tempo determinato

DICHIARA

Di poter far parte della/e commissione/i sotto specificate:

di essere disponibile ad accettare, compatibilmente con l'orario scolastico n. _____ ore residue
di _____

di essere in possesso del titolo di abilitazione per l'insegnamento di _____
classe di conc. _____

_____ li _____
Luogo *Data*

In fede

Modulo	descrizione	sigla	sez.-prog.sez.-progr-gen.	n. pag
	Dichiarazione di disponibilità per spezzoni orari	PER.DOC.IN	C-03-08	1 di 1