|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Al Dirigente dell’Ufficio I*** |
|  | ***Ambito Territoriale di Palermo***  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OGGETTO: | **domanda assegnazione sede di titolarità docente DOS**  |

|  |
| --- |
| ***Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  |  |
| ***Il***  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Titolare sulla DOS e utilizzato per il corrente anno scolastico 2015 / 2016 |
| c/o | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| per |  | **Posto intero** |  | **Posto orario**  |

Recapito telefonico :

rete fissa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Chiede***

che ove tale posto sia disponibile nell’Organico di Diritto relativo all’A.S. 2016/2017 gli venga assegnato come sede di titolarità.

|  |
| --- |
| *data* |

|  |
| --- |
| *firma* |