**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.I.S.S. “G. CARDUCCI” Comiso**

 l Sottoscritto/a nato/a il a prov. ( ) Cod. Fisc.

residente a prov. ( ) in Via

 Tel Cell

Altro cell. e-mail

domiciliato a prov. ( ) in

A.S.P. di appartenenza n°

Titolo di studio Nr. di anni di incarico annuale

Abilitato per le seguenti classi di concorso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

DI ASSUMERE SERVIZIO IN DATA / /

In qualità di DOCENTE/ATA Cl. di Conc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per n° ore settimanali

**Titolare di contratto a tempo indeterminato/determinato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SCUOLA DI COMPLETAMENTO per n° ore settimanali

SCUOLA DI PROVENIENZA

FIRMA