|  |  |
| --- | --- |
|  | ***AL DIRIGENTE*** |
|  | ***dell’Ufficio Scolastico Territoriale***  |
|  | *CAMPOBASSO* |
|  |  |

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

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

**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* |