|  |  |
| --- | --- |
|  | ***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* |