



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna*  
*Direzione Generale*  
*Uff. III*

**RINUNCIA CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO**

Cognome e nome:

Luogo di nascita:

Prov.:

Data di nascita:

Codice Fiscale:

Telefono:

**DICHIARA**

*Di rinunciare alla nomina a tempo indeterminato:*

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Cagliari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

\*\*\*\*\*