**ALLEGATO B *Al Dirigente dell’Ambito Territoriale Scolastico di Cagliari***

***Dott. Peppino Loddo***

Il/La Sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Comunica che intende accettare la nomina su posto INTERO **SOSTEGNO**

ELENCO SEDI PREFERENZIALI SOSTEGNO:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (POSTO IN OF);
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (POSTO IN OF);

Firma dell'interessato/a

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_