**ALLEGATO C**

***Al Dirigente***

***dell’Ambito Territoriale Scolastico di Cagliari Dott.Peppino Loddo***

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

* Comunica che intende accettare la nomina su posto INTERO
* Comunica che intende accettare la nomina su posto INTERO formato da somma di spezzoni orari.
* Comunica che intende accettare un solo spezzone rinunciando al posto intero o all’eventuale somma di spezzoni

ELENCO SEDI PREFERENZIALI DI CUI ALLA PRESENTE PUBBLICAZIONE ALLEGATO A.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(🗆 POSTO IN OD; 🗆 POSTO IN OF; 🗆SPEZZONE)
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(🗆 POSTO IN OD; 🗆 POSTO IN OF; 🗆SPEZZONE)
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(🗆 POSTO IN OD; 🗆 POSTO IN OF; 🗆SPEZZONE)

(**a seguire..)**

Firma dell'interessato/a

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