|  |  |
| --- | --- |
|  | AL DIRIGENTE |
|  | dell’Ufficio Scolastico Territoriale  |
|  | ORISTANO |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

Chiede

che, qualora tale posto fosse disponibile nell’Organico di Diritto relativo all’A.S. 2016/2017, gli venga assegnato come sede di titolarità.

|  |
| --- |
| data |

|  |
| --- |
| firma |