

OGGETTO: DISPONIBILITÀ AD EFFETTUARE:

- SOSTITUZIONE DOCENTI ASSENTI

___ l ___ sottoscritt___ _____

nat___ il _____ a _____, docente a tempo

indeterminato di _____ (cl. di conc. _____)

determinato (fino al _____) di _____ (cl. di conc. _____)

in servizio presso Codesto Istituto

DICHIARA

di essere disponibile per l'a.s. 20___ /20___ ad effettuare ore eccedenti per un massimo di

n. ore _____ settimanali

per sostituzione di colleghi assenti

(Indicare i seguenti giorni e ore della settimana)

Giorno

ora

Lodi, _____

(firma)