**RICHIESTA DI TITOLARITA’ DOCENTI DOS – A.S. 2016/17**

**Al Dirigente UAT Avellino**

**Via Marotta, 1**

**Avellino**

**\_I\_ sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**in qualità di Docente D.O.S. attualmente in servizio presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cod. mecc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **chiede l’assegnazione della titolarità presso il medesimo Istituto se disponibile in**

**organico di diritto per l’anno scolastico 2016/17.**

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allegata copia del documento di riconoscimento.**