AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’ITE “A. GALLO”

AVERSA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara**

la propria disponibilità alla sostituzione dei colleghi assenti nelle ore di seguito indicate:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LUNEDI | MARTEDI | MERCOLEDI | GIOVEDI | VENERDI |
| 1^ ORA |  |  |  |  |  |
| 2^ ORA |  |  |  |  |  |
| 3^ ORA |  |  |  |  |  |
| 4^ ORA |  |  |  |  |  |
| 5^ ORA |  |  |  |  |  |
| 6^ ORA |  |  |  |  |  |
| 7^ ORA |  |  |  |  |  |

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che verranno pagate solo le ore effettuate e che le stesse non possono superare le 6 ore settimanali.

FIRMATO