**DOMANDA ATTRIBUZIONE ORE ECCEDENTI A.S. 20\_\_/20\_\_**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di docente a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe di concorso \_\_\_\_\_\_

con contratto n. ore \_\_\_\_/18

**DICHIARA**

* di essere disponibile
* di non essere disponibile

ad accettare, qualora risultassero disponibili in organico, ore eccedenti fino ad un massimo di ore 24 settimanali.

Data e luogo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del docente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_