

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "A. Volta" FR

Oggetto: richiesta assegnazioni ore residue spezzoni fino a 6 ore

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ docente con  
incarico a tempo *determinato / indeterminato*, nella classe di concorso \_\_\_\_\_, presso la  
sede di \_\_\_\_\_ con ore n. \_\_\_\_\_

chiede

per l'a.s. 2016/2017 l'assegnazione di n° \_\_\_\_\_ ore residue nella classe di  
concorso \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_ come  
*ore aggiuntive all'orario di insegnamento / ore per completamento cattedra.*

Il sottoscritto dichiara di

- ☐ essere abilitato nella classe di concorso richiesta
- ☐ non essere abilitato nella classe di concorso richiesta

Frosinone, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_