Al Dirigente dell’Ufficio VIII - Ufficio scolastico territoriale di Lodi

[usp.lo@istruzione.it](mailto:usp.lo@istruzione.it)

**Oggetto: delega per il conferimento di supplenza su posti di sostegno per l’anno scolastico 2020/21**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ , cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_inserito nella graduatoria provinciale supplenze (GPS) di Lodi fascia \_\_\_\_\_ per la tipologia di posto (ad es. posto comune AAAA, incrociate sostegno ADMM, incrociate sostegno ADSS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, visto il calendario di convocazione per le nomine a tempo determinato del personale docente del 20 ottobre 2020, con il presente atto

DELEGA

il Dirigente dell’Ufficio VIII - Ufficio scolastico territoriale di Lodi,

ovvero il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in caso si deleghi altra persona diversa dal dirigente dell’Ufficio scolastico)

a rappresentarlo/a,

ai fini dell’individuazione per la stipula del contratto a tempo determinato nella scelta della sede, secondo le indicazioni di preferenza inviate contestualmente alla delega, impegnandosi, di conseguenza, ad accettare la scelta operata dal designato in virtù della presente delega.

INDICAZIONI DI PREFERENZA:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento.

(Se beneficiario di L. 104, art. 33, co. 5/7):

Il sottoscritto chiede la precedenza nella scelta della sede ex art. 33, co. 5/7 L. 104/92 dichiarando che il disabile da assistere è residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare documentazione)

(Per posti a orario non intero):

Accetta supplenza a orario non intero: SI’ / NO (barrare la preferenza)

Accetta completamento orario: SI’ / NO (barrare la preferenza)

Data ………………. Firma