

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.C. MARCO ULPIO TRAIANO**

IL/LA SOTTOSCRITT\_  DOCENTE A TEMPO  
INDETERMINATO/DETERMINATO DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE  
SOSTITUZIONI

IL  (indicare il giorno della settimana) DALLE ORE  ALLE ORE  ;

IL  (indicare il giorno della settimana) DALLE ORE  ALLE ORE  ;

IL  (indicare il giorno della settimana) DALLE ORE  ALLE ORE  ;

IL  (indicare il giorno della settimana) DALLE ORE  ALLE ORE  ;

IL  (indicare il giorno della settimana) DALLE ORE  ALLE ORE  ;

IL  (indicare il giorno della settimana) DALLE ORE  ALLE ORE  ;

ROMA,

IN FEDE

Spazio riservato ai casi per cui è necessario il VISTO

VISTO  
DIRIGENTE SCOLASTICO

Prot.n.  / FP

VISTO  
DSGA (solo per ATA)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

