

***Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca***

**ISTITUTO COMPRENSIVO “D. R. CHIODI”**

**VIA APPIANO, 15 – 00136 ROMA**

TEL/FAX 0639736694 - C.M. RMIC8BQ008

Email appiano15@tiscali.it

**OGGETTO: DISPONIBILITA’ ORE ECCEDENTI**

La/il prof. ………………………………………………………………………………………………………… docente in servizio presso la Scuola Secondaria di Primo Grado dell’Istituto Comprensivo “D.R.Chiodi”

Dichiara

la propria disponibilità a svolgere **Ore Eccedenti** per sostituire docenti assenti nell’anno scolastico 2015/2016 nei seguenti giorni e orari

 Lunedì dalle ore ……………… alle ore ………………

 Martedì dalle ore ……………… alle ore ………………

 Mercoledì dalle ore ……………… alle ore …………..

 Giovedì dalle ore ……………… alle ore ………………

 Venerdì dalle ore ……………… alle ore ………………

Data Firma