Al Dirigente dell’Ufficio I AT Palermo

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

(oppure al Delegato Sindacale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Oggetto: delega per il conferimento di supplenza per l’ a.s. 2020/21 da GAE (Graduatorie ad esaurimento)

Il/la sottoscritt… ………….., nato/a a …………………………………………………………….….

e residente …………………………….. in via/piazza………………….., tel ………………………..

Cell…………………….. e-mail ………………………., inserit\_ nelle seguenti graduatorie:

**CLASSI DI CONCORSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

visto il calendario di convocazione in modalità telematica, con il presente atto

**DELEGA**

il Dirigente dell’Ufficio I - Ambito Territoriale di Palermo (oppure il Delegato Sindacale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) a rappresentarlo/a, ai fini della 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. Si allega copia del documento di riconoscimento.

Dichiara altresì di essere beneficiario della precedenza ai sensi della Legge 104/92, art. \_\_\_\_\_

(Se beneficiario di L. 104, art. 33, co. 5/7 – assistenza a persona disabile grave):

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

Allega la documentazione prevista per il riconoscimento dei benefici ex L. 104/92.

(**Per posti a orario non intero**):

Accetta supplenza a orario non intero: SI’ / NO

Accetta completamento orario: SI’ / NO

(**Per posti di sostegno**):

Accetta supplenza su posto di sostegno: SI’ / NO

ESPRIME IL SEGUENTE ORDINE DI PREFERENZA:

|  |  |
| --- | --- |
| **N.** | **TIPOLOGIA DI POSTO** |
|  | COMUNE POSTO INTERO |
|  | COMUNE POSTO ORARIO NON INTERO |
|  | LINGUA POSTO INTERO |
|  | LINGUA POSTO ORARIO NON INTERO |
|  | SOSTEGNO POSTO INTERO |
|  | SOSTEGNO POSTO ORARIO NON INTERO |

Data ………………. Firma

……………….