

**ALL'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
AMBITO TERRITORIALE III° di BERGAMO**

c.a DOTT. SAVINO NOTA sc. Infanzia e primaria (nota@istruzione.bergamo.it)
c.a DOTT. ANTONIO STELLABOTTE sc. Secondaria I° Grado (antonio.stellabotte@istruzione.bergamo.it)
c.a DOTT.ssa ANGELA SORDA sc. Secondaria II° Grado (sorda@istruzione.bergamo.it)
FAX . 035 244249

**OGGETTO: DICHIARAZIONE CONSEGUIMENTO DEL TITOLO PER L'INSEGNAMENTO DI SOSTEGNO
AI FINI DEL TRASFERIMENTO E/O PASSAGGIO PER L' A.S. 2016/2017**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____, docente di scuola infanzia / primaria / secondaria I° / II° grado *cl. di concorso* _____ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, titolare presso _____
(ovvero nominato a Tempo Indeterminato senza sede definitiva) in servizio presso _____, avendo prodotto domanda di trasferimento interprovinciale fasi B, C, D per l'a.s. 2016/2017

DICHIARA

di AVER CONSEGUITO IL TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE PER L'INSEGNAMENTO DI SOSTEGNO per la scuola secondaria I° / II° grado , presso _____ in data _____

di esprimere la propria volontà di trasferirsi anche su posti di sostegno

POSTO SPECIALE O DI SOSTEGNO

Ordine di gradimento per le tipologie indicate ai fini del trasferimento (contratto mobilità, art. 28, comma 9)

SOSTEGNO
PSICOFISICO
SOSTEGNO UDITO
SOSTEGNO VISTA

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Tipo posto da considerare per il trasferimento

solo posto comune

solo posto sostegno/speciale

1°posto sostegno/speciale 2° posto comune

1°posto comune 2° posto sostegno/ speciale

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Recapito: _____

cell. _____ e-mail _____

Data, _____

FIRMA
