AL DIRIGENTE SCOLASTICO

…………………………………….

OPZIONE TITOLARITA’ A.S. 2024/2025

Il/la sottoscritto/a……………………………………., nato/a il …………………………………… a …………………………………………………………., in qualità di docente a tempo indeterminato di scuola …………………………………….(infanzia/primaria/ I grado) titolare presso codesta istituzione scolastica ed assegnato per l’a.s. 2024/2025 l’istituto……………………………………….. il cui plesso……………………………………. è stato oggetto di dimensionamento per l’anno scolastico 2024/2025 a seguito di dimensionamento secondo il D.A. n. 1 del 04/01/2024

**DICHIARA DI**

* Optare per l’acquisizione della titolarità nell’ (indicare meccanografico e denominazione dell’istituzione scolastica di origine)
* Optare per l’acquisizione della titolarità nell’ (indicare meccanografico e denominazione dell’istituzione scolastica di confluenza)

Lì, Firma

La sottoscritta, presa visione dell’informativa, autorizza, ai sensi della normativa vigente, l’Amministrazione scolastica al trattamento dei dati personali forniti solo ai fini istituzionali e necessari per l’espletamento del procedimento di cui alla presente istanza.

Lì Firma