

All. 4

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo "B. Genovese"

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di Docente / Collaboratore Scolastico / Assistente Amministrativo, in servizio presso questo Istituto Comprensivo

- ☐ INFANZIA plesso di _____
- ☐ PRIMARIA plesso di _____
- ☐ SECONDARIA DI I GRADO
- ☐ ATA

COMUNICA

di essere in possesso della L.104 personale Art.21 con un invalidità superiore a 2/3, (vedi allegati) pertanto, chiede l'esclusione dalla graduatoria di Istituto a.s. ____ / ____.

Barcellona P.G. _____

(firma)