

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL' ISTITUTO DANTE ALIGHIERI  
LICEI CLASSICO E SCIENTIFICO PARITARI  
VIA CUGIA, 24  
09129 CAGLIARI

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
docente di \_\_\_\_\_ (*per il personale docente*) in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (*per il personale ata*) nelle classi \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

CHIEDE

il rilascio di n. \_\_\_\_\_ **CERTIFICATI DI SERVIZIO** riguardanti il seguente periodo:  
anno scolastico \_\_\_\_\_

per i seguenti usi:

\_\_\_\_\_ in carta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in carta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in carta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in carta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_