

a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DELEGA PER IL CONFERIMENTO DI NOMINA A TEMPO INDETERMINATO**

\_\_ L \_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

NAT \_\_ A \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_)

IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ASPIRANTE AL CONFERIMENTO DI NOMINA A TEMPO INDETERMINATO IN QUANTO UTILMENTE  
 INSERITO NELLE SEGUENTI GRADUATORIE da \_\_\_\_\_ (\*) DI CODESTO U.S.P.  
 ATTUALMENTE VIGENTI:

**ISTRUZIONE PRIMARIA**

- Materna                     Sostegno  
 Elementare                 Sostegno

**ISTRUZIONE SECONDARIA DI 1° GRADO**

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

- 
- Sostegno

**ISTRUZIONE SECONDARIA DI 2° GRADO**

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

Classe di Concorso \_\_\_\_\_

- 
- Sostegno

**PERSONALE A.T.A.**

- 
- Graduat. provinc. Conc. 24 mesi (1° fascia):

Profilo \_\_\_\_\_

Profilo \_\_\_\_\_

Profilo \_\_\_\_\_

- 
- Grad./elenco provinciale supplenze (2° fascia):

Profilo \_\_\_\_\_

Profilo \_\_\_\_\_

Profilo \_\_\_\_\_

impossibilitato/a a presenziare personalmente alle operazioni della scelta della sede, con il presente atto

**DELEGA**

- 
- il Dirigente dell'Ufficio XI dell'USR Lazio Ambito Territoriale Provinciale di Frosinone (ATP Frosinone);

- 
- il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) n. Documento \_\_\_\_\_

tipo docum. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

a rappresentarlo/a, ai fini della individuazione per la successiva stipula del contratto a tempo indeterminato, nella scelta della sede, del posto, della classe di concorso, del profilo professionale e per tutte le graduatorie ove risulta inserito/a, per l'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_, impegnandosi, di conseguenza, ad accettare incondizionatamente la scelta operata dal designato in virtù della presente delega.

Indica, inoltre, in ordine di preferenza, le seguenti sedi qualora disponibili all'atto del turno di scelta:

1) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

**Si allegano:**  fotocopia di documento in corso di validità  fotocopia del codice fiscale  fotocopia titolo di specializzazione per il sostegno

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(\*) precisare se concorso ordinario o graduatoria permanente

**NOTE:** Indicare le graduatorie nelle quali si è inclusi e barrare le relative caselle. **ATTENZIONE** Nel caso di delega a persona di fiducia, diversa dal Dirigente dell' ATP Frosinone, il delegato dovrà presentarsi con una copia della presente delega, essere munito del proprio documento di riconoscimento (non scaduto) e con fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale della persona che viene a rappresentare.