AL DIRIGENTE

# Ufficio VII – Ambito Territoriale di Novara

Esami di Stato

Via Mario Greppi, 7 28100 Novara

e mail: **usp.no@istruzione.it**

# OGGETTO: Esami di Stato 2018/2019 – Domanda in qualità di commissario esterno per eventuali sostituzioni.

Il/la sottoscritto/a

**comunica** la propria disponibilità a svolgere le funzioni di :

* PRESIDENTE
* COMMISSARIO

(barrare la voce che interessa):

nelle commissioni giudicatrici degli esami di stato del corrente anno scolastico presso le Istituzioni Scolastiche di II grado della provincia di Novara.

# A tale proposito dichiara ai sensi del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità di essere:

1. nato/a il a
2. **residente a** prov. in via tel. cellulare

# indirizzo di posta elettronica per eventuali contatti

1. **laureato in**

(precisare se trattasi di laurea quadriennale, specialistica, magistrale **se sprovvisto di abilitazione inserire piano di studi**)

presso l’Università di Facoltà di

con votazione in data

1. in possesso di **abilitazione all’insegnamento** per la **classe di**

**concorso** conseguita nell’anno presso

1. in **servizio** nel corrente a.s. presso
2. per l’insegnamento della materia Classe di concorso
3. in qualità di :
	1. **docente I.T. I.** ( dal )
	2. **docente a tempo determinato** (dal al )
	3. **docente in quiescenza** (dal )

# servizi pregressi :

a.s. 2015/16

presso

a.s. 2016/17

presso

a.s. 2017/18

presso (precisare se il servizio è stato svolto come I.T .I ovvero come insegnante a T. D. fino al termine dell’anno scolastico o delle lezioni o per supplenza breve)

1. di **non** aver subito condanne né di avere procedimenti penali in corso, né di aver in corso o aver subito procedimenti disciplinari. **Dichiara**, inoltre, di non aver ricevuto nomina ministeriale nel corrente a. s. ma di aver già partecipato nei decorsi anni alle Commissioni giudicatrici degli esami di stato in qualità di

PRESIDENTE

COMMISSARIO (barrare la voce che interessa):

a.s. 2015/16: Istituto

a.s. 2016/17: Istituto

a.s. 2017/18: Istituto

**N.B. se sprovvisto di abilitazione inserire il piano di studi**

Data Firma