AL DIRIGENTE

 dell’Ambito Territoriale di BRESCIA

**Delega per l’accettazione della proposta di contratto a tempo indeterminato**

**A.S. 2018-2019**

Il/La sottoscritto/a nato/a a

(prov.

) il

/ / , residente in (prov.

) via

 n° tel. cell.

documento d’identità n°

rilasciato da

incluso/a nella graduatoria ad esaurimento del personale ATA per il profilo Collaboratore Scolastico

**D E L E G A**

[] Il Dirigente dell’Ambito Territoriale di Brescia

[] Il/la sig./sig.ra

nato/a a

prov.

 il

/ / , documento n°

rilasciato da

 in data / /

a rappresentarlo/a nell’accettazione della nomina giuridica dal 01-09-2018 ed economica dal 01-09-2019. *(1)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

*NOTE:*

*1) Nel caso di delega a persona di propria fiducia, il delegato dovrà avere oltre che un proprio documento di riconoscimento, anche il documento di riconoscimento del delegante originale o in copia conforme all’originale.*

*- Allegare fotocopia del documento di riconoscimento datato e firmato.*