

UFFICIO X AMBITO TERRITORIALE DI MILANO**QUOTA AUTONOMIA 20%****DENOMINAZIONE ISTITUTO:****CODICE MECC :****CODICE INDIRIZZO:****ARTICOLAZIONE/OPZIONE:****ANNO DI CORSO:****NUMERO CLASSI:****DELIBERA COLLEGIO DOCENTI:**

CLASSE DI CONCORSO	PIANO ORARIO SETTIMANALE	ORE IN DIMINUZIONE	ORE DI AUMENTO

**TOTALE ORE
DIMINUZIONE****TOTALE ORE
AUMENTO****TOTALE**

0

0

0

Si attesta che i dati riportati sono stati personalmente controllati dal sottoscritto e corrispondono alla situazione accertata alla data sottoindicata.

Data,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
