

ALLEGATO B



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio X - Ambito territoriale per la provincia di Roma

**Scheda per la disponibilità alla nomina in sostituzione del Commissario esterno
Esami di Stato istruzione secondaria di II grado - Anno Scolastico 2013-2014**

IL SOTTOSCRITTO	
Cognome <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>
Data di nascita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Prov. di Nascita <input type="text"/> <input type="text"/>
Giorno Mese Anno	Sigla Prov. <input type="text"/>
Comune di servizio e/o residenza <input type="text"/>	Sigla Prov. <input type="text"/>
Indirizzo <input type="text"/>	
Telefono <input type="text"/>	Cellulare <input type="text"/>
Email <input type="text"/>	

CHIEDE

di essere nominato, quale Commissario di esame di Stato per l'anno scolastico 2013 – 2014, in sostituzione di Commissario legittimamente impedito ad espletare l'incarico, per uno degli insegnamenti afferenti all'abilitazione o alla laurea posseduta, secondo il piano di studi.

Classe di Concorso ¹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Denominazione <input type="text"/>
Codice	
E' in possesso dell'abilitazione prevista per la classe di concorso:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' in possesso del seguente titolo di laurea quadriennale o specialistica:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Classe di Concorso ¹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Denominazione <input type="text"/>
Codice	
E' in possesso dell'abilitazione prevista per la classe di concorso:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' in possesso del seguente titolo di laurea quadriennale o specialistica:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Classe di Concorso ¹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Denominazione <input type="text"/>
Codice	
E' in possesso dell'abilitazione prevista per la classe di concorso:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' in possesso del seguente titolo di laurea quadriennale o specialistica:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Classe di Concorso ¹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Denominazione <input type="text"/>
Codice	
E' in possesso dell'abilitazione prevista per la classe di concorso:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' in possesso del seguente titolo di laurea quadriennale o specialistica:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Note:

1 – Vedi allegato C

2 – i codici meccanografici delle istituzioni scolastiche sono visibili sul sito del MIUR alla pagina <http://www.istruzione.it/web/istruzione/bollettini>

Retro ALLEGATO B

DICHIARA

- di essere nella seguente posizione giuridica: (barrare la casella relativa)

<input type="checkbox"/> A.	Docente supplente temporaneo presso istituti statali di istruzione secondaria di II grado
<input type="checkbox"/> B.	Docente supplente temporaneo presso istituti statali di ogni ordine e grado diversi da quelli indicati alla lettera A)
<input type="checkbox"/> C.	Altro.....

- di aver partecipato agli ESAMI DI STATO di istruzione secondaria di II grado negli ultimi due anni scolastici in qualità di Commissario o Presidente SI NO

Se **SI** indicare in quali Istituti

<input type="text"/> Codice ²	<input type="text"/> Denominazione

- di non aver subito condanne penali, né avere procedimenti penali in corso;
- di non aver subito provvedimenti disciplinari, né avere procedimenti disciplinari in corso;
- di non trovarsi in nessuna delle posizioni che comporti divieto di nomina (art. 15 D.M. n. 6 del 17.1.2007)

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/2000, n.445 e successive modifiche ed integrazioni, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace.

Data.....

FIRMA **PER ESTESO** DELL'ASPIRANTE.....

<p>Nota Bene: la domanda va inviata all'I.T.T. Colombo di Roma esclusivamente per Fax a uno dei seguenti nr: 06 4827701; 06 48906847.</p>
--