



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna
Direzione Generale
Uff. III

RINUNCIA CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO

Cognome e nome:

Luogo di nascita:

Prov.:

Data di nascita:

Codice Fiscale:

Telefono:

DICHIARA

Di rinunciare alla nomina a tempo indeterminato:

Firma _____
(per esteso)

Cagliari, ____/____/2015
