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 DIMINUIZIONE**	**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

_____