ELENCO NOMINATIVI
"FABBISOGNO EXTRAORGANICO PER MOTIVI DI SALUTE"

Nome e Cognome	Profilo	Orario di Servizio	ORE RICHIESTE	Assunto con L. 68/99	% invalidità riconosciuta	L.104 personale	L.104 per famigliare (indicare grado di parentela)	Altre certificazioni (indicare tipologia)

Timbro e Firma Dirigente Scolastico _____ ***data*** _____