

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Docente titolare su posto di sostegno

Titolare presso ISS Lazzaro Spallanzani

DICHIARA

Di aver anni \_\_\_\_ di pre – ruolo

di cui

- anni \_\_\_\_ di pre - ruolo prestati sul sostegno svolti **ESCLUSIVAMENTE con titolo di specializzazione.**
- anni \_\_\_\_ di pre - ruolo prestati sul sostegno svolti **SENZA titolo di specializzazione.**

In fede

\_\_\_\_\_