Spazio riservato al protocollo:

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI VILLAFRANCA D'ASTI

Il/La sottoscritto/a _____,

insegnante in servizio presso la scuola _____

CHIEDE

di **CAMBIARE IL PROPRIO TURNO** con il/la collega _____

****

Il/La sottoscritto/a effettuerà il proprio orario

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

anziché dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____ come da abituale orario di servizio.

****

IL/La collega_____ effettuerà il proprio orario

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

anziché dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____ come da abituale orario di servizio.

Data_____

FIRMA del/della RICHIEDENTE _____

FIRMA del/della COLLEGA _____

VISTE le esigenze di servizio:

☐ SI CONCEDE
☐ NON SI CONCEDE

La Dirigente Scolastica
Silvia MONTERSINO

richiesta CAMBIO TURNO.doc