***COPIA PER L’UFFICIO***

 ***AL DIRIGENTE SCOLASTICO***

* + 1. ***dell’I.C.“Ing. Carlo Stradi” di Maranello***

**Oggetto: richiesta cambio turno orario • docente • ata**

...I... sottoscritt.... ................................................................................................., docente/ ata assunt\_\_ a tempo

indeterminato/determinato nella Scuola Infanzia / Primaria / Secondaria ..................................... classe/sez. ……………,

CHIEDE

di poter effettuare un cambio del proprio turno orario con ...l... collega di classe/sezione, docente / ata

**.................................................………………………………....:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Cognome e nome) | Data | Orario Previsto |  | Data | Orario Richiesto |
| A)  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| B)  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

data.................... Firma .............................................................. Firma...............................................................

VISTO SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

Flavia Capodicasa

============================================================================

***COPIA PER L’INTERESSATA/O***

 ***AL DIRIGENTE SCOLASTICO***

* + 1. ***dell’I.C.“Ing. Carlo Stradi” di Maranello***

**Oggetto: concessione cambio turno orario • docente • ata**

...I... sottoscritt.... ................................................................................................., docente/ ata assunt\_\_ a tempo

indeterminato/determinato nella Scuola Infanzia / Primaria / Secondaria ..................................... classe/sez. ……………,

CHIEDE

di poter effettuare un cambio del proprio turno orario con ...l... collega di classe/sezione, docente / ata

**.................................................………………………………....:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Cognome e nome) | Data | Orario Previsto |  | Data | Orario Richiesto |
| A)  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| B)  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 data.................... Firma.............................................................. Firma.....................................................................

VISTO SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

Flavia Capodicasa