Al Dirigente Scolastico

 I.C. Tivoli III

Oggetto: Richiesta autorizzazione per: □ CAMBIO TURNO

 □ CAMBIO GIORNO LIBERO

 □ ORARIO DI SERVIZIO

\_ l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Ins. Primaria □ Ins. Infanzia

 □ Ins. Medie □ ATA

Plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cl./Sez. \_\_\_\_ chiede di poter effettuare una modifica del

proprio orario di servizio per motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come segue:

1) orario regolarmente approvato: data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorno della settimana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_

2) orario modificato: data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorno della settimana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_

Si assicura il normale svolgimento della programmazione settimanale concordata.

 L’ins./ATA richiedente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per consenso dell’ins./ATA coinvolta nel cambio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Villa Adriana, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico, avendo acquisito dalle insegnanti interessate la garanzia per l’utenza dell’attuazione degli obiettivi programmati nella settimana AUTORIZZA la modifica richiesta.

 Il Dirigente Scolastico