

Al Dirigente Scolastico
Al Direttore S.G.A.
dell'Istituto Comprensivo
di Robbiate

Il/La sottoscritt _____, nat il _____, in servizio:

a tempo determinato a tempo indeterminato

in qualità di

Assistente Amministrativo Collaboratore scolastico Assistente Tecnico

presso la scuola

dell'Infanzia Primaria Secondaria di primo grado

di _____

CHIEDE

di poter cambiare il turno con _____ I _____ sig. _____ come segue:

ORARIO NORMALE

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

ORARIO CAMBIATO

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Data _____ Firma di chi richiede il cambio _____

Firma di chi è disponibile al cambio _____

Visto SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA per il seguente motivo: _____

Il Direttore S.G.A.
Ludovica Campanella

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Roberta Spinazzi