



Al Dirigente Scolastico
I.C. 'Guglielmo Marconi'

Oggetto: richiesta cambio orario – collaboratore scolastico.

___ I ___ sottoscritt___ _____, nato/a il
_____ a _____ in servizio presso la
scuola _____ di _____ in qualità di _____ a
tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

di poter effettuare un cambio orario per il giorno _____ con il/la collega
_____ per i seguenti motivi:

- esigenze servizio
- esigenze personali

Pertanto la presenza degli assistenti amm.vi nel suddetto giorno sarà la seguente:

| Orario | Collaboratore scolastico | Firma |
|--------|--------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Castelfranco li, _____

Firma del collaboratore scolastico richiedente _____

Firma del collaboratore scolastico con cui viene effettuato il cambio _____

La richiesta di cambio turno va presentata con almeno cinque giorni lavorativi.

Vista la domanda:

- si concede
- non si concede

Il DSGA
