

Riservato all'Istituto Comprensivo 2

Prot. n° _____

data _____

Al D.S.G.A.

Istituto Comprensivo 2 Valdagno

Valdagno, _____

Oggetto: richiesta cambio/spostamento di orario

Il/la sottoscritto/a _____

Collaboratore Scolastico a Tempo Indeterminato

Collaboratore Scolastico a Tempo Determinato

in servizio presso l'Istituto Comprensivo 2 di Valdagno nel plesso scolastico:

Garbin

Belfiore

Manzoni

Castelvecchio

Ponte dei Nori

Don Minzoni

CHIEDE

di effettuare un cambio/spostamento di orario il giorno _____

ORARIO DI SERVIZIO: dalle ore _____ alle ore _____

ORARIO RICHIESTO: dalle ore _____ alle ore _____

L'orario normale di servizio sarà svolto dal collaboratore _____
che accetta il cambio orario.

Firma del collaboratore che richiede il cambio orario _____

Firma del collaboratore che accetta il cambio orario _____

Distinti saluti.

Visto si autorizza

Il D.S.G.A.