

All'Ufficio Scolastico Regionale
Ambito territoriale di _____
Tramite il Dirigente Scolastico dell'Istituto

Il/La sottoscritto/a **Cognome** : _____ **Nome** : _____

nato/a il _____ prov. _____ titolare c/o _____
(per i docenti di scuola materna, primaria e I° grado : **indicare l'istituto comprensivo** non il plesso)

in servizio nel corrente a.s. (2019/2020) c/o _____ in qualità di :
(per i docenti di scuola materna, primaria e I° grado : **indicare l'istituto comprensivo** non il plesso)

- Educatore
- Docente di scuola infanzia : posto comune sostegno
- Docente di scuola primaria : posto comune sostegno
- Docente scuola secondaria I° grado – clc _____ p.comune sostegno
- Docente scuola secondaria II° grado – clc _____ p.comune sostegno
- Personale A.T.A. **Profilo** : AA AT CS altro
(Indicare il profilo)

CHIEDE

di modificare il rapporto di lavoro a tempo parziale, **già instaurato a decorrere** dall'a.s. _____
(indicare l'anno **inizio** part time)

- da** **O** (tempo parziale **orizzontale**) **a** **V** (tempo parziale **verticale**)
- da** **V** (tempo parziale **verticale**) **a** **O** (tempo parziale **orizzontale**)
- da** ore _____ **a** ore _____ settimanali
- astensione **C** (tempo parziale **ciclico**) dal _____ al _____
(per il personale ATA)

a decorrere dal 1-9-2020

Data : _____ FIRMA : _____

Da compilare

Si dichiara che la richiesta **E' COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.
SI ESPRIME parere favorevole alla modifica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____