

Al Dirigente Scolastico  
I.C. "Guido Galli"

OGGETTO: richiesta di cambio turno - DOCENTI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

In servizio in qualità di \_\_\_\_\_

Con contratto                       A tempo indeterminato                       A tempo determinato

CHIEDE

alla S.V. di poter effettuare un cambio turno con il/la collega \_\_\_\_\_

servizio collega il giorno:     /     /     dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

servizio docente richiedente

il giorno:     /     /     dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Milano, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del collega che accetta il cambio turno

\_\_\_\_\_

VISTO:  SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Maria Leonardi