

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