

Riservato Ufficio: acquisita al Prot.

N. _____ del _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.T.C.G.T. "M. Capitolo"

TURSI

OGGETTO: **Richiesta cambio orario/giornata di recupero. – Personale ATA**

 sottoscritt _____ in servizio presso questo Istituto
in qualità:

- Collaboratore Scolastico Assistente Amm.vo - Tecnico

C H I E D E

alla S.V. di poter effettuare :

lo straordinario del _____ il _____

il recupero del giorno _____ il giorno _____;

un cambio di ore di servizio dalle ore _____ alle ore _____; dalle ore _____ alle ore _____;
anziché _____

con i colleghi : _____

Tale richiesta è dovuta a _____

Tursi _____

VISTO: IL D.S.G.A

- Esprime parere favorevole
 Esprime parere non favorevole

- SI AUTORIZZA
 NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico