

**Al Direttore dei Servizi Generali ed Amm.vi
dell'Istituto Comprensivo di Castel San Giovanni**

OGGETTO: PERMESSO DI CAMBIO TURNO personale ATA

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso la scuola _____

in qualità di _____

CHIEDE

di cambiare il turno di servizio, come specificato nel modello allegato, il giorno _____

con il/la collega _____

per i seguenti motivi _____

Con osservanza.

(firma)

Castel San Giovanni, _____

VISTO : si concede
IL DIRETTORE DEI SERVIZI
GEN.LI ED AMM.VI
Sandra Mangiaracina

ORARIO IN VIGORE

Dipendente	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle

CAMBIO ORARIO PROPOSTO

Dipendente	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle	DATA Dalle Alle

FIRMA DIPENDENTI:
