

MOD. 17 – ATA RICHIESTA CAMBIO TURNO

AL DSGA
dell'Istituto "F. Casorati"
di Novara

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio a tempo
determinato/indeterminato in qualità di _____

CHIEDE

di poter effettuare un CAMBIO TURNO il giorno _____ con il/la collega
_____ per i seguenti motivi
_____.

L'orario di servizio del/della sottoscritto/a pertanto sarà il seguente:

dalle ore _____ alle ore _____

Data _____

Firma dell'interessato

Firma del collega che accetta il cambio turno

VISTO: ☐ SI AUTORIZZA / ☐ NON SI AUTORIZZA

Il DSGA
