



ISTITUTO COMPRENSIVO DEL GALLUZZO
Via Dei Massapagani 26 — 50125 Firenze — Tel 055 20J 9241 — Fax 055-2325833
fiic838007@istruzione.it — personale@icgalluzzo.it

RICHIESTA CAMBIO TURNO

Il /la sottoscritta _____

nata/o a _____ il _____

residente in _____

assunta a tempo determinato/indeterminato in qualità di _____

in servizio presso la scuola plesso _____

CHI EDE

di poter effettuare un CAMBIO TURNO il giorno _____ / _____ / _____

con la/il collega _____ per motivi _____

=====

- orario di servizio previsto: dalle ore _____ alle ore _____

- orario di servizio da effettuare sarà il seguente dalle ore _____ alle ore _____ ;

firma del richiedente

firma referente di plesso

firma di chi sostituisce

Il Direttore SGA ff

Anna Rami

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Teresa Frassetti