

RICHIESTA DI MODIFICA AL TURNO DI SERVIZIO

PLESSO _____

I/Le sottoscritti/e _____

collaboratori scolastici in servizio presso la Scuola _____

chiedono di potere effettuare il seguente cambio di turno il

GIORNO _____

<i>Nome del collaboratore scolastico</i>	<i>Orario del turno come da programmazione</i>	<i>ORARIO RICHIESTO</i>

MEDICINA, _____

Firme _____

Istituto Comprensivo di MEDICINA

IL D.S.G.A.

vista la domanda effettuata in data _____ concede quanto richiesto.

Data _____

IL D.S.G.A