

All'Ufficio Scolastico Regionale  
Ambito territoriale di \_\_\_\_\_  
Tramite il Dirigente Scolastico dell'Istituto

Il/La sottoscritto/a **Cognome** : \_\_\_\_\_ **Nome** : \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ titolare c/o \_\_\_\_\_  
(per i docenti di scuola materna, primaria e 1° grado : **indicare l'istituto comprensivo** non il plesso)

in servizio nel corrente anno scolastico (2018/2019) c/o \_\_\_\_\_ in qualità di :  
(per i docenti di scuola materna, primaria e 1° grado : **indicare l'istituto comprensivo** non il plesso)

- Educatore
- Docente di scuola infanzia : posto comune  sostegno
- Docente di scuola primaria : posto comune  sostegno
- Docente scuola secondaria 1° grado – clc \_\_\_\_\_ p.comune  sostegno
  
- Personale A.T.A. **Profilo** : AA  AT  CS  altro   
(Indicare il profilo)

### CHIEDE

di modificare il rapporto di lavoro a tempo parziale, **già instaurato a decorrere** dall'a.s. \_\_\_\_\_  
(indicare l'anno **inizio** part time)

- da** **O** (*tempo parziale orizzontale*) **a** **V** (*tempo parziale verticale*)
- da** **V** (*tempo parziale verticale*) **a** **O** (*tempo parziale orizzontale*)
- da** ore \_\_\_\_\_ **a** ore \_\_\_\_\_ settimanali
- astensione **C** (*tempo parziale ciclico*) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(per il personale ATA)

**a decorrere dal 1-9-2019**

Data : \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_

#### Da compilare

Si dichiara che la richiesta **E' COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico e si **SI ESPRIME** parere favorevole alla modifica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data \_\_\_\_\_