Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Marcellina

Oggetto: **comunicazione cambio Turno/Orario A.T.A.**

Il/La sottoscritto/a_____

Assistente Amm.vo presso l'I.C. di Marcellina

CHIEDE

il cambio _____ il giorno _____ con il/la collega _____

per il seguente motivo:_____

Orario effettivo di servizio:

…… …… …… ……

Orario richiesto:

…… …… …… …… ……	Da recuperare con le seguenti modalità: ……..... ……..... ……....

Data_____ Firma A.T.A. interessati/e

_____

_____

Visto :
Il D.S.G.A.

Il Dirigente Scolastico
Avv. Maria Cristina Berardini