­Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Omnicomprensivo

Popoli

|  |
| --- |
| **RICHIESTA CAMBIO D’ORARIO** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

Docente Con contratto a tempo [ ] INDETERMINATO [ ] DETERMINATO

in servizio presso: [ ] Scuola dell'Infanzia [ ] Primaria [ ] Secondaria I grado [ ] Secondaria II grado

Plesso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità,

**CHIEDE**

un cambio del proprio orario di servizio per il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_come segue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **orario di servizio**  **della titolare** | **Classe** | **dalle ore** | **alle ore** | **Tot. ore** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome/nome di chi sostituisce** | **Classe** | **dalle ore** | **alle ore** | **Tot ore giornaliere** |
|  |  |  |  |  |

per i seguenti motivi personali/di servizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno di restituzione** | **classe** | **dalle ore** | **alle ore** | **Tot ore giornaliere** |
|  |  |  |  |  |

Il richiedente dichiara che ha comunicato al **referente di plesso la variazione dell’orario**, che si intenderà comunque accolta solo dopo l'autorizzazione del Dirigente.

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del sostituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto

[ ] SI AUTORIZZA [ ] NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Patrizia Corazzini