



ISTITUTO COMPRENSIVO DI NOALE
Elisabetta “Betty” Pierazzo

Via G. B. Rossi, 25 - 30033 Noale (VE) - Tel. 041/440054 - Fax 041/5800889
C.F. 90159450270 - Cod. mecc. VEIC86600A - C.U.U. UF4HRD
✉ VEIC86600A@istruzione.it - ✉ VEIC86600A@pec.istruzione.it - www.icnoale.gov.it

Modulo richiesta di cambio turno/orario – per insegnanti della Scuola dell’infanzia

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di docente con contratto a tempo determinato indeterminato alla scuola dell’Infanzia “I. Calvino” di Noale sez. _____ ,

CHIEDE

alla S.V. di poter effettuare un cambio turno. Tale richiesta viene avanzata in accordo con la collega _____ e le insegnanti interessate precisano che nel suddetto giorno gli orari di servizio saranno i seguenti:

SETTIMANA DAL ____ AL ____	DOCENTI	DALLE ORE ALLE ORE
LUNEDI’ _____		
MARTEDI’ _____		
MERCOLEDI’ _____		
GIOVEDI’ _____		
VENERDI’ _____		

Noale, _____

Gli/le insegnanti

Visto, si autorizza

Il Dirigente Scolastico
dott.ssa Francesca Bonazza