

MODELLO DI DOMANDA DI RIENTRO A TEMPO PIENO

Al Dirigente dell' Ufficio VII ATP - FROSINONE

Tramite Il Dirigente Scolastico

Il /La sottoscritto/a.....nato/a a..... (prov.....)
il.....residente avia.....n.....tel.
..... titolare presso..... codice meccanografico..... in
servizio presso..... codice meccanografico..... nel corrente anno scolastico
presso..... in qualità di:

☐ _ Educatore

☐ _ Docente di scuola del l'infanzia

☐ _ Docente di scuola primaria

☐ _ Docente scuola secondaria I° grado - classe di concorso

☐ _ Docente scuola secondaria II° grado – classe di concorso

☐ _ Personale A.T.A. – Profilo:

titolare di contratto di lavoro a tempo parziale, senza soluzione di continuità, dall'anno scolastico...../..... Estremi del contratto: prot. n.....del

CHIEDE

Con decorrenza **1° settembre 2021** la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno (rientro).

Data:.....

Firma

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N. IN DATA.....

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, SI ESPRIME parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Timbro della Scuola)