**ISTITUTO COMPRENSIVO NORD 2**

# Via Costalunga, 15 - 25123 BRESCIA (BS) Codice Meccanografico: BSIC88400D Codice Fiscale: 80049710173

Tel.: 030 30 78 58 Fax: 030 33 84 275

E-mail: [icnord2bs@provincia.brescia.it](mailto:icnord2bs@provincia.brescia.it) [bsic88400d@istruzione.it](mailto:bsic88400d@istruzione.it)

**RICHIESTA CAMBIO TURNO DOCENTI**

# Il/La sottoscritt nat il

cognome e nome

# a ( ) ( )

c.a.p. comune provincia regione

# Codice Fiscale

Residente a ( ) ( )

c.a.p. comune provincia regione

Indirizzo n.

in servizio presso la sede nell’a. s. / in qualità di

* a tempo determinato
* a tempo indeterminato

CHIEDE

di poter effettuare un cambio turno nei giorni e con i colleghi docenti di seguito indicati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **DALLE ORE** | **ALLE ORE** | **CLASSE** | **DOCENTE CHE SOSTITUISCE** | **FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL DOCENTE CHE**  **SOSTITUISCE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

per la seguente motivazione:

da restituire nei giorni e per i docenti di seguito indicati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **DALLE ORE** | **ALLE ORE** | **CLASSE** | **DOCENTE AI CUI SI RESTITUISCONO LE ORE** | **FIRMA PER CONOSCENZA**  **DEL DOCENTE A CUI SI RESTITUISCONO LE ORE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Brescia, IL RICHIEDENTE

IL COORDINATORE DI PLESSO

VISTO:

* SI CONCEDE
* NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott.ssa Maria Belponer)