

**DOMANDA DI RIPRISTINO DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PARZIALE A TEMPO PIENO (O.M. N°
446 DEL 22-07-1997)**

Il/La Sottoscritto/a: Nato/a:

Il giorno: Codice Fiscale:

GG/MM/AAAA

Tel. Fisso: Cellulare: e-mail:

Obbligatorio

Obbligatoria

Titolare presso Scuola / Istituto:

Ordine di Scuola: Infanzia Primaria Secondaria I Grado Secondaria II Grado

In qualità di: Docente, classe di concorso di:

Personale Educativo

Personale ATA, con profilo di:

* Per quanto riguarda i Docenti di Infanzia e Primaria, inserire la tipologia del posto: Comune, Comune Inglese, Montessori, Sostegno.

Con contratto a tempo indeterminato Part Time di tipo (specificare):

Tempo parziale ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Tempo parziale VERTICALE (su non meno di tre giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

CHIEDE

Il ripristino del contratto di lavoro a tempo indeterminato dal Part Time al tempo Pieno, a decorrere dal:

1 Settembre dell'Anno Scolastico

AAAA/AAAA

Luogo

Data

Lì

GG/MM/AAAA

Firma del Richiedente

Sezione riguardante l'Istituto scolastico (Non compilare)

(Istituzione Scolastica)

La presente domanda è stata presentata a questo Istituto in data:

GG/MM/AAAA

Ed assunta a protocollo n°:

In data:

GG/MM/AAAA

Note sulla compilazione delle date: GG= indicare numero del Giorno, MM= indicare numero del Mese, AAAA= indicare numero dell'Anno

Luogo

Data

Lì

GG/MM/AAAA

Il Dirigente Scolastico