

ALL'UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE DI:

Per tramite del Dirigente Scolastico

**OGGETTO: 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:

Tel. Fisso:  Cellulare:  e-mail:

Titolare presso:  Scuola, specificare:

Ambito territoriale, specificare:

In qualità di:  Docente, classe di concorso di:

Docente di sostegno, classe di concorso di:

Personale ATA, con profilo di:

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 decorre dal 01-09 dell'Anno

Scolastico:

Luogo

Data

Lì

Firma del Richiedente

**Sezione riguardante l'Istituto scolastico (Non compilare)**

(Istituzione Scolastica)

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

Ed assunta a protocollo n°:  Del giorno:

Luogo

Data

Lì

Il Dirigente Scolastico