

**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: GG/MM/AAAA Codice Fiscale:

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*: Posto Comune
 Personale Educativo Sostegno

Personale ATA, con profilo di:

* Per quanto riguarda i Docenti di Infanzia e Primaria, inserire la tipologia del posto: Comune normale, 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 pieno, a decorrere dal 01 Settembre dell'Anno Scolastico: AAAA/AAAA

del contratto di lavoro a tempo indeterminato part time, precedentemente autorizzato in data: GG/MM/AAAA

Luogo Li GG/MM/AAAA Firma del Richiedente

Sezione riguardante l'Istituto scolastico (Non compilare)



Ministero dell'Istruzione

(Istituzione Scolastica)

La presente domanda è stata presentata a questo Istituto in data: GG/MM/AAAA N° Protocollo:

Luogo Li GG/MM/AAAA Il Dirigente Scolastico