

**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 a .....  
via .....n.....tel. ....  
titolare presso..... codice meccanografico.....  
in servizio presso..... codice meccanografico.....  
nel corrente anno scolastico presso..... in qualità di:

- Educatore
- Docente di scuola dell'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 .....

**C H I E D E**

Con decorrenza **1° settembre 2024** 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)