

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
vian.....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)