

Oggetto: richiesta di flessibilità oraria

Il/la sottoscritto/a _____ docente a tempo indeterminato/determinato,
operante nella classe/i _____ del plesso _____ chiede di poter modificare il proprio orario
settimanale o giornaliero, con la seguente motivazione _____.
La presenza in classe sarà assicurata dal/dai docente/i _____.

ORARIO CONSUETO dei docenti coinvolti (indicare il nome del docente e la classe in cui opera):

DATA												
ore	LUN	cl.	MAR	cl.	MER	cl.	GIO	cl.	VEN	cl.	SAB	cl.
1 ^a												
2 ^a												
3 ^a												
4 ^a												
5 ^a												
6 ^a												
7 ^a												

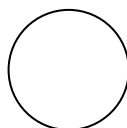
ORARIO MODIFICATO dei docenti coinvolti (indicare il nome del docente e la classe in cui opera):

DATA												
ore	LUN	cl.	MAR	cl.	MER	cl.	GIO	cl.	VEN	cl.	SAB	cl.
1 ^a												
2 ^a												
3 ^a												
4 ^a												
5 ^a												
6 ^a												
7 ^a												

Data: _____

(Firma docente che fa richiesta)

(Firma docente/i che coprono la classe)



Visto, si concede
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Eva Bambagiotti