

MODULO RICONFERMA PART TIME CICLICO

All'USR - Ufficio X - Ambito territoriale di Ravenna

per il tramite del Dirigente Scolastico _____

Io sottoscritto/a _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____ appartenente al ruolo di :

DOCENTE classe di concorso (o AAA/EEE) _____

ATA profilo _____

titolare presso _____

in servizio presso _____

C H I E D O

la riconferma del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per l'a. s. 2024/25, secondo la seguente tipologia :

- **tempo parziale ciclico** (indicare periodo NON lavorativo)

Data _____

Firma _____

Riservato alla istituzione scolastica:

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato, si dichiara che la riconferma della richiesta di lavoro a tempo parziale CICLICO **E' COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.

Si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla riconferma del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
