ISTITUTO COMPRENSIVO _____

Scuola dell'Infanzia e Scuola Primaria

Al **Dirigente Scolastico**
Sede / Plesso di _____

OGGETTO: Richiesta autorizzazione per scambio turno di servizio

I/Le sottoscritti/e docenti chiedono la formalizzazione dello scambio temporaneo di turno di seguito specificato:

1. DOCENTE RICHIEDENTE

Nome e Cognome: _____

Plesso: _____

Classe / Sezione: _____

☐ Sc. Infanzia ☐ Sc. Primaria

2. DOCENTE SOSTITUTO/A

Nome e Cognome: _____

Plesso: _____

Classe / Sezione: _____

☐ Sc. Infanzia ☐ Sc. Primaria

DETTAGLIO DELLO SCAMBIO TURNO

A. Turno da cedere (Docente 1):

Data: ____ / ____ / 20__

Orario: dalle _____ alle _____

Disciplina/Attività: _____

B. Turno da recuperare (Docente 2):

Data: ____ / ____ / 20__

Orario: dalle _____ alle _____

Disciplina/Attività: _____

Motivazione dello scambio: _____

I sottoscritti dichiarano che lo scambio non comporta variazioni alla programmazione didattica né oneri per l'Amministrazione, ed assicura la regolare vigilanza sugli alunni.

Data: ____ / ____ / 20__

Firma Docente Richiedente _____

Firma Docente Sostituto/a _____

RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE / DIRIGENTE SCOLASTICO

[☐] **SI AUTORIZZA** [☐] **NON SI AUTORIZZA**

Note / Motivazioni in caso di diniego: _____

Data: ____ / ____ / 20__

Firma del Dirigente Scolastico _____