**MODELLO DI DOMANDA DI RIENTRO A TEMPO PIENO**

**Al Dirigente dell’ Ufficio VII**

**ATP - FROSINONE**

Tramite Il DirigenteScolastico

----------------------------------------

----------------------------------------

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 2023** 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)