

All. n. 3

## 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 .....  
via .....n.....tel. ....  
titolare presso..... codice meccanografico.....  
in servizio presso..... codice meccanografico.....  
nel corrente anno scolastico presso..... in qualità di:  
\_ Educatore  
\_ Docente di scuola del l'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 .....

### CHIEDE

Con decorrenza **1° settembre 2020** 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)