ALL'UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE
DIREZIONE SCOLASTICA REGIONALE
DI_____

OGGETTO: DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE (O.M. N° 446 DEL 22/07/1997)

_L_ SOTTOCRITT _____ NAT_ A _____ IL _____ CODICE FISCALE _____ IN SERVIZIO PRESSO _____ IN QUALITA' DI _____ CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO,

CHIEDE

LA **TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**, COME PREVISTO DAGLI ARTICOLI 7, 8, E 9 DELLA O.M. N° 446 DEL 22 LUGLIO 1997, SECONDO LA SEGUENTE TIPOLOGIA (CONTRASSEGNATA DA UNA CROCETTA):

☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE_____

☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (SU NON MENO TRE GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE_____

^^^