



LICEO SCIENTIFICO STATALE "E. FERMI"

SEDE: VIA MAZZINI, 172/2° - 40139 BOLOGNA
TELEFONO: 051/4298511 - FAX: 051/392318 - CODICE FISCALE: 80074870371

SEDE ASSOCIATA: VIA NAZIONALE TOSCANA, 1 - 40068 SAN LAZZARO DI SAVENA
TELEFONO: 051/470141 - FAX: 051/478966

E-MAIL: bops02000d@istruzione.it

WEB-SITE: www.liceofermibo.edu.it

Al Dirigente Scolastico
del Liceo scient. "E. Fermi"

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____
in servizio presso questo Istituto nel plesso Sede centrale Sede associata
in qualità di _____ a tempo indeterminato determinato

CHIEDE

di poter effettuare un cambio turno per il giorno _____
con il/la collega _____
per i seguenti motivi: _____
_____.

Pertanto, il servizio in tale data sarà da me così effettuato: dalle ore _____ alle ore _____.

Data _____

Firma del richiedente _____

Firma del collega che accetta il cambio turno _____

Visto DSGA
Dott.ssa Antonella Villari

Visto: Si autorizza Non si autorizza
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Fulvio Buonomo
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93