Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale “G. Gabrieli” M I R A N O (VE)

Il / la Sottoscritt…… ................................................................................................................................

In servizio c/o questo Istituto in qualità di  COLLABORATORE SCOLASTICO con incarico a T.I.  T.D. 

# PREMESSO

 DI AVERE DIRITTO AI BENEFICI DELLA LEGGE 53/20000

 DI AVERE DIRITTO AI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92

 DI TROVARSI IN GRAVI SITUAZIONI PERSONALI, FAMILIARI E/I DI SALUTE, OGGETTIVAMENTE DIMOSTRABILI E DOCUMENTABILI

**CONSIDERATO** CHE ALL’ISTITUTO E’ APPLICABILE LA RIDUZIONE A 35 ORE SETTIMANALI, AD ECCEZIONE DELLA SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADIO DI SCALTENIGO

# H I E D E

|  |  |
| --- | --- |
|   **ORARIO DI LAVORO**  | **ORARIO DI 7 ORE** con giorno di riposo SABATO in quanto l’Istituto attua l’erogazione del servizio su 5 gg. alla settimana **□**  DALLE ORE 07.30 ALLE ORE 14.30  (è utilizzata la riduzione oraria quale budget di n. 1 ora da usufruire nella giornata di sabato)  **SERVIZIO POMERIDIANO** □ DALLE ORE 11.30 ALLE ORE 18.30 In caso di sospensione dell’attività didattica l’orario è il seguente: **□**  DALLE ORE 07.30 ALLE ORE 14.42  |
| **PLESSI** | □ Plesso Manzoni Ballò □ Plesso Carducci Scaltenigo □ Secondaria Scaltenigo □ Secondaria “Leonardo da Vinci” □ Plesso “Dante Alighieri” Mirano □ Plesso Pellico Campocroce □ Infanzia W. Ferrari □ Infanzia Meneghetti  |

**L’assegnazione ai plessi del personale sarà disposta dal Dirigente Scolastico.**

**Quanto sopra ove possibile e compatibilmente con l'orario di servizio ed il piano delle attività adottato dall'istituto.**

Mirano, ………………… il/la richiedente …………………….