**RICHIESTA PART-TIME - OPERATORI DI SOSTEGNO**

|  |  |
| --- | --- |
| *SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO* | SOCIETÀ DI SERVIZI VALLE D’AOSTA S.p.a.VIA J.B. DE TILLIER, 311100 AOSTA (AO) |

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | Fare clic qui per immettere testo. | **NOME** | Fare clic qui per immettere testo. |

**DATI ANAGRAFICI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA DI NASCITA** | Fare clic qui per immettere testo. | **LUOGO DI NASCITA** | Fare clic qui per immettere testo. |
| **CODICE FISCALE** | Fare clic qui per immettere testo. |

PRESA VISIONE DELL’ACCORDO INTEGRATIVO TRA LA SOCIETÀ DI SERVIZI VALLE D’AOSTA E LE OO.SS. PER LA GESTIONE DELL’ISTITUTO DEL PART TIME PER I DIPENDENTI ASSUNTI CON IL PROFILO DI OPERATORE DI SOSTEGNO ADDETTO ALL’ASSISTENZA DEGLI ALUNNI DISABILI

CHIEDE

di modificare il proprio orario settimanale in

[ ]  tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di **30 ore** settimanali;

[ ]  tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di **25 ore** settimanali;

[ ]  tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di **20 ore** settimanali;

[ ]  tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di **18 ore** settimanali;

con la seguente distribuzione oraria:

|  |  |
| --- | --- |
| Lunedì | Fare clic qui per immettere testo. |
| Martedì | Fare clic qui per immettere testo. |
| Mercoledì | Fare clic qui per immettere testo. |
| Giovedì | Fare clic qui per immettere testo. |
| Venerdì | Fare clic qui per immettere testo. |
| Sabato | Fare clic qui per immettere testo. |

con la seguente motivazione:

|  |
| --- |
| Fare clic qui per immettere testo. |

DATA \_\_Fare clic qui per immettere testo.\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_