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  Assistente Amministrativo/o con incarico a T.I.  T.D. 

# PREMESSO

 DI AVERE DIRITTO AI BENEFICI DELLA LEGGE 53/2000

 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 **CONSIDERATO** CHE ALL’ISTITUTO E’ NECESSARIO GARANTIRE LA COPERTURA DEL SERVIZIO POMERIDIANO;

**C O M U N I C A**

tenuto conto di quanto in premessa, relativamente all’anno scolastico **2024/2025** che intende effettuare il proprio orario di lavoro come sotto specificato:

|  |  |
| --- | --- |
|   **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 **□**  DALLE ORE 08.00 ALLE ORE 15.00 **(n. 01 unità per ufficio deve garantire l’orario 07.30-14.30 o 8.00-15.00)** (è utilizzata la riduzione oraria quale budget di n. 1 ora da usufruire nella giornata di sabato) **La desiderata pomeridiana è per il seguente orario:** **□** DALLE ORE 11.30 ALLE ORE 18.30 **□**  DALLE ORE 10.30 ALLE ORE 17.30 In caso di sospensione dell’attività didattica l’orario è il seguente: **□**  DALLE ORE 07.30 ALLE ORE 14.42  |
| **SETTORE**  | □ Protocollo □ Alunni 1 □ Alunni 2 □ Docenti 1 □ Docenti 2 □ Contabilità  |

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

Mirano, …….………………

 il/la richiedente ...........................................................................................