

# REINTEGRO A TEMPO PIENO - PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente dell'Ufficio VIII  
Ambito Territoriale di Livorno

PER IL TRAMITE DEL

Dirigente Scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

docente di scuola

INFANZIA     PRIMARIA     SECONDARIA 1°grado     SECONDARIA 2°grado

già in regime di part time dall' a. s. \_\_\_\_\_

titolare/incaricato presso \_\_\_\_\_ classe di concorso \_\_\_\_\_

tipo di posto     NORMALE     SOSTEGNO

per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ tipologia     orizzontale     verticale     misto

CHIEDE

il reintegro a tempo pieno a decorrere dall'a.s. 2024/2025

Luogo e data..... ,.....

Firma .....

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO