

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

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

SOCIETÀ DI SERVIZI VALLE D'AOSTA S.p.a.  
VIA J.B. DE TILLIER, 3  
11100 AOSTA (AO)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
----------------	--	-------------	--

**DATI ANAGRAFICI**

<b>DATA DI NASCITA</b>		<b>LUOGO DI NASCITA</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>			

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	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	

con la seguente motivazione:

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_