



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MICHELE GIUA"**



ind. CHIMICO-AMBIENTALE-INFORMATICO – LICEO SCIENTIFICO opz. SCIENZE APPLICATE
Via Montecassino n. 41 - 09134 **CAGLIARI** – Tel. 070.500786 – 070.501745
email: catf04000p@istruzione.it PEC: catf04000p@pec.istruzione.it C.U.: UFIVOL Cod. Fisc. 80014350922

Al Dirigente Scolastico
I.I.S.S. "Michele Giua"
CAGLIARI

OGGETTO: Scambio orario tra docenti

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso
codesto Istituto in qualità di docente a tempo _____, dichiara che, per
esigenze personali o familiari, effettuerà uno scambio di orario con

DOCENTE	GIORNO	ORA/E	CLASSE/I

impegnandosi a restituire l'ora/e

GIORNO/I	ORA/E	CLASSE/I

In fede

Il/La sottoscritto/a docente _____ dichiara di
essere d'accordo allo scambio proposto.

Firma _____