

ISTITUZIONE SCOLASTICA DI TITOLARITA' \_\_\_\_\_

PROFILO*	COGNOME E NOME	NASCITA	PART-TIME			
			DECORRENZA	ORE SETTIMANALI**	TIPOLOGIA (ORIZZ. / VERT. / CICL.)	DETTAGLIO ***

\* PER GLI ASSISTENTI TECNICI INDICARE L'AREA.

\*\* RIPORTARE IL NUMERO DI ORE DI PRESTAZIONE LAVORATIVA.

\*\*\* RIPORTARE I GIORNI LAVORATIVI DELLA SETTIMANA IN CASO DI P.T. VERTICALE OVVERO I MESI LAVORATIVI IN CASO DI P.T. CICLICO.

N.B. LADDOVE I DIPENDENTI ABBIANO SOTTOSCRITTO CONTRATTI DI LAVORO PARZIALE A SCADENZA E CON SUCCESSIVI RINNOVI BIENNALI, SE NE INDICHINO DI SEGUITO GLI ESTREMI.

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_