

MODULO DI RICHIESTA CAMBIO TURNO

(Art. 51 e segg. CCNL Comparto Istruzione e Ricerca)

Al Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi (DSGA)
Al Dirigente Scolastico
Loro Sedi

I sottoscritti collaboratori scolastici in servizio presso questo Istituto:

A. Dipendente richiedente:

Cognome _____ Nome _____

In servizio presso il plesso/sede: _____

B. Dipendente disponibile al cambio:

Cognome _____ Nome _____

In servizio presso il plesso/sede: _____

CHIEDONO

l'autorizzazione a effettuare un cambio di turno per motivate esigenze personali, secondo la seguente articolazione:

- **Giorno** ____/____/____: il Dipendente **A** effettuerà il turno del Dipendente **B** dalle ore ____ alle ore ____.
- **Giorno** ____/____/____: il Dipendente **B** effettuerà il turno del Dipendente **A** dalle ore ____ alle ore ____.

Con la presente i sottoscritti dichiarano sotto la propria responsabilità che lo scambio:

- Avviene per **reciproco accordo** e base volontaria.
- **Non comporta oneri aggiuntivi** per l'Erario o straordinari a carico dell'Istituto.
- Rispetta il limite contrattuale delle **11 ore di riposo consecutivo** tra i turni.
- Assicura il **pieno svolgimento delle mansioni** e la continuità del servizio.

CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA (In caso di malattia o assenza)

In caso di insorgenza di malattia, infortunio o altro impedimento legittimo e imprevedibile di uno dei due firmatari nel giorno in cui è prevista la sua prestazione per effetto dello scambio:

1. L'assenza verrà giustificata secondo le modalità contrattuali vigenti (certificato medico, ecc.).
2. L'Amministrazione si riserva la facoltà di annullare d'ufficio lo scambio programmato e ripristinare i turni originari, ovvero di provvedere alla sostituzione del dipendente assente tramite le ordinarie procedure di supplenza o scorrimento delle graduatorie, al fine di garantire la continuità del servizio scolastico. Il dipendente presente sarà tenuto a svolgere il turno concordato o a rientrare nel proprio turno originario su disposizione del DSGA.

Data ____/____/____

Firma Dipendente A:

Firma Dipendente B:

SPAZIO RISERVATO AL DSGA

☐ **SI AUTORIZZA** lo scambio di turno.

☐ **NON SI AUTORIZZA** per i seguenti motivi: _____

Data ____/____/____

Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi (DSGA)
