

**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO
DA TEMPO PARZIALE A TEMPO PIENO**

Al Responsabile del
Settore
SEDE

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a..... il
e residente a in
Via/Piazza.....
in servizio presso il Comune di Soverato a decorrere dal.....
Categoria.....profilo professionale.....

CHIEDE

di poter trasformare il proprio rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno (36 ore settimanali) a decorrere dal.....(indicare la decorrenza dal primo giorno del mese).

In fede.

Data.....

Firma.....

PARERE DEL RESPONSABILE DEL SETTORE DI ASSEGNAZIONE

.....
.....
.....
.....