

LAVORO STRAORDINARIO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di
ZERO BRANCO

Il/La sottoscritto/a _____

Qualifica **A.T.A.** Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico

a tempo: indeterminato determinato - in servizio presso codesto Istituto Comprensivo

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI LAVORO STRAORDINARIO

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Motivo: _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Motivo: _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Motivo: _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Motivo: _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Motivo: _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Motivo: _____

**LE ORE DI STRAORDINARIO EFFETTUATE ANDRANNO A RECUPERO DURANTE
LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DIDATTICHE**

Data, _____

Firma, _____

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI ZERO BRANCO

via IV Novembre, 22 - 31059 Zero Branco (TV)

Prot. n. _____

data, _____

- VISTA l'istanza del richiedente;

CONCEDE QUANTO SOPRA

NON CONCEDE QUANTO SOPRA

LA D.S.G.A.
Marialuigia Mattarucco