

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DI SOMAGLIA

Oggetto: **comunicazione effettuazione ore straordinarie già autorizzate a.s.** _____

Il /La sottoscritt _____

in servizio presso _____

in qualità di Assistente Amm.vo/Collaboratore Scolastico a tempo indeterminato /determinato

COMUNICA

di **AVER EFFETTUATO** n. _____ ore di lavoro straordinario nel giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ per il seguente motivo:

Visto del Direttore S.G.A. _____

§§§§§§§§§§

Oggetto: **richiesta autorizzazione ad effettuare ore straordinarie anno scolastico** _____

Il /La sottoscritt _____

in servizio presso _____

in qualità di Assistente Amm.vo/Collaboratore Scolastico a tempo indeterminato /determinato

CHIEDE

di **POTER EFFETTUARE** n. _____ ore di lavoro straordinario nel giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ per il seguente motivo:

con le seguenti modalità di recupero o pagamento:

Data _____

Firma _____

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SOMAGLIA

Prot. n. _____/FP

Somaglia lì _____

Visto del Direttore S.G.A. _____

Si autorizza quanto sopra.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Carmela Tedesi)