**RICHIESTA RECUPERO ORE STRAORDINARI - ATA**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Rosaria Lucia Pulia

AL DSGA

Maria Teresa Mercuri

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto in qualità di:

Assistente amministrativo

Assistente tecnico

Collaboratore scolastico

con contratto a tempo indeterminato tempo determinato

CHIEDE

la concessione di n \_\_\_\_\_\_ ora/e o n. \_\_\_\_\_\_ giorno/i di recupero lavoro straordinario

* EFFETTUATO
* DA EFFETTUARE

per il/i giorno/i dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Con la presente il/la sottoscritto/a si impegna ad effettuare il recupero secondo le esigenze di servizio.

Bollate, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| * Visto, si concede * Visto, non si concede   IL DSGA Il Dirigente Scolastico  Maria Teresa Mercuri Dott.ssa Rosaria L. Pulia |