

AL DIRETTORE S.G.A.

DELL'I.C. di MEDICINA (BO)

Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE ORE DI STRAORDINARIO

Il/La sottoscritto/a _____

In servizio presso questo I.C. in qualità di Collaboratore Scolastico/a

C H I E D E

di poter effettuare ore di straordinario come di seguito specificato:

DATA	ORARIO	MOTIVAZIONE

Medicina , _____

Firma

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MEDICINA

VISTO SI CONCEDE

IL DIRETTORE S.G.A.

AL DIRETTORE S.G.A.

DELL'I.C. di MEDICINA (BO)

Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE ORE DI STRAORDINARIO

Il/La sottoscritto/a _____

In servizio presso questo I.C. in qualità di Collaboratore Scolastico/a

C H I E D E

di poter effettuare ore di straordinario come di seguito specificato:

DATA	ORARIO	MOTIVAZIONE

Medicina , _____

Firma

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MEDICINA

VISTO SI CONCEDE

IL DIRETTORE S.G.A.