

(Pers. ATA)

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo di Medicina

OGGETTO: Richiesta recupero ore straordinarie

____ L ____ sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto Comprensivo in qualità di _____

nella sede di _____ con contratto a Tempo Indeterminato / Tempo Determinato.
(cancellare la voce che non interessa)

CHIEDE

un permesso orario quale recupero di ore straordinarie per motivi di _____

_____ nella giornata _____ dalle ore _____ alle ore _____

di poter fruire di gg. _____ (= h _____) di riposo, quale recupero di ore straordinarie

dal _____ al _____ (gg. _____)

dal _____ al _____ (gg. _____)

dal _____ al _____ (gg. _____)

dal _____ al _____ (gg. _____)

data

(firma del dipendente)

Visto – Nulla Osta
IL DSGA

Visto si concede
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
