

IL / LA SOTTOSCRITT O/A.....

QUALIFICA.....

RICHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

A PRESTARE IL GIORNON°ORE (DALLE OREALLEORE.....)

DI LAVORO STRAORDINARIO PER SVOLGERE LE SEGUENTI ATTIVITA':

OPPURE

RICHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

AL RICONOSCIMENTO NEL GIORNO.....DI N°ORE DI LAVORO STRAORDINARIO (DALLE
OREALLE ORE.....) PER LA SEGUENTE ATTIVITA' URGENTE SOPRAGGIUNTA:

IMPOSSIBILE DA COMUNICARE PREVENTIVAMENTE.

PER LE ORE DI LAVORO AUTORIZZATE IL / LA SOTTOSCRITT O/A RICHIEDE:

_____ IL RECUPERO

_____ IL PAGAMENTO

data ___/___/_____

firma del richiedente _____

Il D.S.G.A.

Dott.ssa Silvana Cuffaro

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Concetta Franco

Si autorizza/non si autorizza
