Al Dirigente Scolastico
Al Direttore S.G.A.
dell'Istituto Comprensivo
di Robbiate

_ l _ sottoscritt _____ nat_ il _____

in servizio in qualità di:

☐ Assistente amministrativo ☐ Collaboratore Scolastico ☐ Assistente Tecnico

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

presso a scuola: ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di I grado

di _____

CHIEDE di RECUPERARE

ore _____ di straordinario dalle ore _____ alle ore _____

il _____

giorni _____ di straordinario il _____

dal _____ al_____

ore _____ di straordinario dalle ore _____ alle ore _____

Nominativo collega che sostituisce senza onere per l'amministrazione _____

_____

Robbiate _____ Firma _____

Visto ☐ SI AUTORIZZA
☐ NON SI AUTORIZZA per il seguente motivo: _____

Il Direttore S.G.A.
Ludovica Campanella

_____

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Roberta Spinazzi

_____