

_ l _ sottoscritt _____ nat_ il _____

in servizio in qualità di:

Assistente amministrativo Collaboratore Scolastico Assistente Tecnico

a tempo indeterminato a tempo determinato

presso la scuola infanzia primaria secondaria di I grado

di

CHIEDE

di poter effettuare n. _____ ore di straordinario:

MOTIVO

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ - _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ - _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ - _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ - _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ - _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ - _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ - _____

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
