

Al Dirigente Scolastico
Ist. Comprensivo Camaione 3°
CAPEZZANO PIANORE

Oggetto: Richiesta recupero ore straordinarie.

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____

a Tempo Indeterminato/Tempo determinato

C H I E D E

Il recupero di n. _____ ore di lavoro straordinario per il/i giorno/i _____

Dalle ore _____ alle ore _____

Capezzano Pianore, li _____

Firma: _____

=====

VISTO,

❖ Si concede

❖ Non si concede per i seguenti motivi: _____

Data,

Il DIRETTORE S.G.A.
Monica Salvini

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Riccardo Rolle