

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C.
BELLINZAGO N.SE

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE LAVORO STRAORDINARIO

___l___ sottoscritt _____

in servizio presso la presente istituzione nell' a.s. 20___/ 20___

in qualità di: assistente amministrativo a tempo: indeterminato
 collaboratore scolastico supplente annuale fino al 31/8
 supplente fino al 30/6
 supplente fino nomina avente diritto
 supplente temporaneo

CHIEDE

l'autorizzazione ad effettuare **LAVORO STRAORDINARIO** come indicato nel prospetto che segue:

giorno	dalle ore	alle ore	tot. ore	motivazione

data _____

Firma _____

VISTO: SI autorizza
 NON si autorizza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Irma Sacco

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Silvana Romeo