

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO  
di CASTEL SAN PIETRO TERME

Oggetto: RICHIESTA RECUPERO LAVORO STRAORDINARIO

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Ist. Comprensivo in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_ determinato/indeterminato

Assistente Amm.vo/Collaboratore Scol.

CHIEDE

di fruire dei seguenti giorni di RECUPERO ORE DI LAVORO STRAORDINARIO

dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____
dal _____	al _____	GG. _____	FIRMA _____	ProL. n. _____	del _____	Visto _____	_____

D.S.G.A. \_\_\_\_\_  
Dir.Scol. \_\_\_\_\_