

STRAORDINARIO MENSILE PERSONALE ATA

PLESSO DI SERVIZIO _____ ORARIO DI SERVIZIO _____

COLLABORATORE SCOLASTICO _____

MESE _____

1 SETT.	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	GG. ASSENZA	FIRMA
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
2 SETT.					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
3 SETT.					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
4 SETT.					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
5 SETT.					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					

Il sottoscritto collaboratore scolastico _____ dichiara che nei giorni suddetti si è fermato oltre il proprio orario di servizio per il seguente motivo: che effettua le 40 ore settimanali nel plesso. Chiede pertanto che il suddetto lavoro straordinario sia compensato da recupero orario nei periodi d'interruzione dell'attività didattica, o a descrizione del DSGA in funzione delle esigenze di servizio.

Per presa visione
IL DSGA
Rag. Bielli Marco

FIRMA