

TABELLA MENSILE REGISTRAZIONE ORARIO STRAORDINARIO				

COLLABORATORE SCOLASTICO .....

GIORNO	GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	TOT. ORE	PER LA SOSTITUZIONE DI / O LA RIUNIONE DEL
MESE .....					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
<b>TOTALE</b>					

Il sottoscritto/a collaboratore scolastico dichiara che nei giorni sudetti si è fermato oltre il proprio orario di servizio chiede pertanto che il suddetto lavoro straordinario sia compensato da recupero orario nei periodi d'interruzione dell'attività didattica o a discrezione del DSGA in funzione delle esigenze di servizio.

IL DSGA  
Rag. Marco Bielli

FIRMA  
\_\_\_\_\_