

RICHIESTA DI RECUPERO ORE PRESTATE IN ECCEDEXENZA

**Al D.S.G.A.
Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRESIVO
FOLIGNO 1**

La sottoscritta _____ nat_ a _____ il _____

in servizio presso **ISTITUTO COMPRESIVO FOLIGNO 1** in qualità di:

- Coll. Scol. Ass. Amm.vo D.S.G.A. tempo indeterminato
 determinato

CHIEDE

di poter effettuare il **RECUPERO** delle ore prestate in eccedenza :

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Foligno _____

Firma _____

Visto, ai sensi delle disposizioni vigenti

- Si autorizza
- Non si autorizza

Il D.S.G.A.
(Dott.ssa Federica Copponi)

Visto il **Il Dirigente Scolastico**
(Dott.ssa Paola Siravo)
