

Oggetto: RECUPERO LAVORO STRAORDINARIO.

Il/ la sottoscritto/a
nato/a il..... a prov.
residente in via..... n.prov.,
assunto/a a tempo indeterminato/determinato in qualità
di.....
in servizio presso questa scuola
CHIEDE n. giorni
dal al

- recupero lavoro straordinario
 recupero corso di aggiornamento

Maglie,

In fede

Per il personale ATA il Responsabile Amm.vo esprime parere

FAVOREVOLE / SFAVOREVOLE

Maglie, il_____

IL D.S.G.A
(Silvana DE LUCA)

Visto, SI CONCEDE / NON SI CONCEDE

Maglie, il_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Annarita CORRADO