ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE
"GINO ZAPPA"
Via Achille Grandi. 4 - 21047 Saranno (VA)
Telefono: 02 960 31 66 - **Fax:** 02 967 014 31
Cod.Univ.Uff.: UFMUGQ - **Cod.Fisc.:** 94000170129 - **Cod.Meec.:** VATD08000G
E-mail: vatd08000g@istruzione.it - **PEC:** vatd08000g@pec.istruzione.it
Sito web: www.itczappa.edu.it

Sistema Qualità
UNI EN ISO 9001
ED 2015

Al DSGA
ITC "Zappa"
Saronno

Oggetto: Domanda di concessione recupero lavoro straordinario

Il/La sottoscritto/a_____ , in servizio presso codesto Istituto in qualità di□□ Collaboratore Scolastico □□ Assistente Amministrativo □

con contratto a tempo □□ indeterminato
□□ determinato stipulato con USP
□□ determinato stipulato con Dirigente Scolastico

C H I E D E

il recupero per lavoro straordinario della/delle seguente/i giornata/e o delle ore effettuate

il _____ il_____ il _____= h_____= gg. _____

Oppure

dal _____ al _____ = h_____ = gg._____

Il sottoscritto dichiara che per il/i periodo/i sopraccitato/i sarà sostituito dal/i collega/ghi

1 _____ 2 _____

Per eventuali comunicazioni da parte del suddetto Istituto, informa che durante il predetto periodo potrà essere reperibile al seguente indirizzo:

_____

Tel. _____ cel _____

data _____ Firma_____

Riservato all'ufficio

Il Direttore SS GG AA

Vista la domanda con prot. Nr. _____ del_____
Visti gli arrtt. del CCNL e accertato l'ammontare delle ore di straordinario

□□ SI AUTORIZZA
□□ NON SI AUTORIZZA

Il Direttore SS. GG. AA.