|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | ISTITUTO COMPRENSIVO DI SOCI “XIII APRILE”  **SEDE:Via della Repubblica -52011 –Loc. Soci – Bibbiena ( AR)**  **C.F. 94004070515 cod. MIUR : ARIC82200T**  Via della Repubblica, 1 – 52010 SOCI (AR) ( - 0575/560251  E-mail: [aric82200t@istruzione.it](mailto:aric82200t@istruzione.it) – [aric82200t@pec.istruzione.it](mailto:aric82200t@pec.istruzione.it) | |

**MODULO PER L’AUTORIZZAZIONE AL LAVORO STRAORDINARIO**

Soci, lì

Al Dirigente Scolastico

Al DSGA

|  |  |
| --- | --- |
| Il dipendente …………………………….. | |
| con la qualifica di……………………….. | * a tempo indeterminato * a tempo determinato |

in servizio presso l’istituto I.C. XIII Aprile, a fronte di urgenti necessità di servizio determinate da (indicare la specifica motivazione della richiesta di lavoro straordinario):

***È AUTORIZZATO A PRESTARE ATTIVITÀ DI LAVORO STRAORDINARIO***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **dalle ore** | **alle ore** | **Motivazione** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il Direttore SGA Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Silvia Martini Michelangelo Guarnieri

Compilare a cura del dipendente (barrare l’ipotesi che ricorre):

Il Dipendente

|  |  |
| --- | --- |
|  | Il dipendente chiede riposo compensativo da concordare con il Responsabile |
|  | **Il dipendente chiede il pagamento del compenso e dichiara, contestualmente, che in caso di carenza di fondi, utilizzerà le predette ore lavorative a titolo di riposo compensativo.** |