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

Perugia, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Al Dirigente Scolastico

 Al DSGA

|  |  |
| --- | --- |
| Il dipendente |  |
| con la qualifica di CS | ❑a tempo indeterminato ❑a tempo determinato |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| in servizio presso il plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a fronte di urgenti necessità di servizio determinate da (indicare la specifica motivazione della richiesta di lavoro straordinario): |  |

***CHIEDE L’AUTORIZZAZIONE A PRESTARE ATTIVITÀ DI LAVORO STRAORDINARIO/RICONOSCIMENTO DELL’ATTIVITA’ STRAORDINARIA SVOLTA***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Dalle ore** | **Alle ore** | **Motivazione** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza:

Il Direttore SGA

Sara Cagnano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ | 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.** |

 |
|   |