**AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI ECCEDENTI L’ORARIO DI SERVIZIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo Liceo in qualità di

🞎 Collaboratore scolastico 🞎 Ass. Amm.vo 🞎 Ass. Tecnico

**Chiede di poter effettuare**

N. ORE \_\_\_\_\_\_\_ eccedenti l’orario di servizio nella giornata di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per le seguenti motivazioni : (*per i collaboratori indicare il nominativo del personale assente* )

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

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

Il /La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che le ore di straordinario possono essere retribuite solo nella misura stabilita dalla contrattazione di istituto. Le restanti ore dovranno essere recuperate con le modalità da concordare con il DSGA.

Chivasso lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN FEDE

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

**PARTE RISERVATA ALL’UFFICIO**

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA Il Dirigente Scolastico