AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.T.S. "G. FILANGIERI"
87075 TREBISACCE

OGGETTO: **RIPOSO COMPENSATIVO**

__l __ sottoscritt_ ____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _________________________ con contratto a tempo indeterminato

C H I E D E

La concessione di n. ______ giorn___ di riposo compensativo, da usufruire dal _____________ al ______________a scomputo delle seguenti prestazioni di lavoro straordinario, effettuate e non retribuite:

GIORNO	**DALLE ORE**	**ALLE ORE**	***TOTALE ORE***

Trebisacce, _______________

Firma

____

- REPERIBILITA' DURANTE TALE PERIODO: Città _________________________________

Via ___________________________________- Tel. _____/______________________

SI ESPRIME PARERE
☐ Favorevole
☐ Non favorevole

DSGA
(Carmela BRUNACCI)

^^^

Visto il parere espresso, il Dirigente Scolastico
☐ Concede
☐ Non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Roberta BOFFOLI

C.da RUSSO snc -87075 Trebisacce (CS)-Tel. 0981 51003 - Fax 09811989911
www.itsfilangieri.gov.it E-mail: CSTD05000L@istruzione.it Pec: cstd05000L@pec.istruzione.it
C.F. 81000610782 – C.U.U.:UFCASF