**MODULO PER L’AUTORIZZAZIONE AL LAVORO STRAORDINARIO/INTENSIFICAZIONE a. s. 2022-2023**

Al Dirigente Scolastico

Al Direttore S.G.A

IL SOTTOSCRITTO

NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la qualifica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a tempo indeterminato a tempo determinato

in servizio presso l’istituto IC VIA BOCCEA 590, 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  INTENSIFICAZIONE

MESE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MOTIVAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTALE Ore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Ermenegilda Esposito Il Direttore S.G.A Dott.ssa Teresa Di Stefano

*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.*

Luogo e data

Roma, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dipendente

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