|  |
| --- |
| **Assistenti Amministrativi** |
| Sig. |
| **Assistenti Tecnici** |
| Sig.  |
| **Collaboratori Scolastici** |
| Sig. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si chiede in data:  |  | di effettuare la seguente prestazione aggiuntiva: |

**LAVORO STRAORDINARIO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dalle ore |  | alle ore |  |  | totale ore  |  |

|  |
| --- |
| Motivazione: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| da liquidare  |  |
|  |  |
| da recuperare |  |
|  |  |

 Breno,

IL DIRETTORE S.G.A.