



AL DIRETTORE S.G.A.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso
codesto Istituto in qualità di _____

CHIEDE

Di recuperare n. _____ ore prestate in eccedenza al proprio orario d'obbligo come segue:

DATA	Dalle ORE	Alle ORE	TOTALE

Bastia Umbra, _____

_____ Firma

VISTO SI CONCEDE – NON SI CONCEDE

IL DIRETTORE S.G.A.
Dott.ssa Sara Stachowska