**MODULO PER L’AUTORIZZAZIONE AL LAVORO STRAORDINARIO**

 Al DSGA

|  |  |
| --- | --- |
| Il dipendente |  |
| con la qualifica di  | ❑a tempo indeterminato ❑a tempo determinato |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| in servizio presso l’istituto Comprensivo di Codigoro: plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 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*** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il Direttore SGA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 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.** |

 |

  Il Dipendente

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO Ines Cavicchioli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_