**Al Dirigente Scolastico**

**dell’IIS M.T. Cicerone**

**Sala Consilina**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome e Nome) (qualifica)

in servizio presso codesta Istituzione- nel corrente anno scolastico con contratto a tempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ind./det.)

**COMUNICA / CHIEDE**

di poter usufruire per il periodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Riposo compensativo lavoro straordinario** |  |

**Sala Consilina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**(firma del dipendente)**

***VISTO****:*

|  |
| --- |
| ❑ si concede  ❑ non si concede  DSGA  Rosanna ROMANO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_VII.4 del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_