**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

Scuola dell’infanzia – primaria e secondaria di I grado

SANT’ARSENIO (SA)

Tel. 0975396061 – FaX 0975396990

|  |
| --- |
| Cod. Ist. SAIC87100D www. icsantarsenio.gov.it C.F. 92006880659  |

Prot. Sant’Arsenio,

**Al Dirigente scolastico**

**Ist. Comp. Sant’Arsenio**

**Prof. Pietro Mandia**

**Sede**

**Al D.S.G.A.**

**Rag. Maria Rosaria Natiello**

**Sede**

**OGGETTO: DICHIARAZIONE PAGAMENTO ORE LAVORO STRAORDINARIO A.S.**

Il/La sottoscritto/a      , in servizio in qualità di

      a tempo indeterminato / determinato presso

questo istituto nella sede      ,

in relazione alle ore straordinarie effettuate, per esigenze di servizio, nell’a.s. 2016/17

 RICHIEDE

[ ]  il pagamento totale delle ore di straordinario effettuate;

[ ]  il pagamento parziale del …..…% delle ore di straordinario prestate e la rimanenza a riposo compensativo;

[ ]  il recupero totale in giornate di sospensione dell’attività didattica o in altri periodi

 compatibilmente con le esigenze organizzative dell’istituzione scolastica.

Data       Firma