

MODULO RICHIESTA PAGAMENTO ORE STRAORDINARIO EFFETTUATE

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
Di Castiglione T.se

Il/Lasottoscritto/a _____ in relazione al monte ore
straordinario effettuato nell'a.s. 201__/____
(obbligatoriamente nr. 10 ore a pagamento, se maturate, come da contrattazione integrativa di Istituto)

RICHIEDE

il pagamento di n. _____ ore di straordinario e la rimanenza a recupero compensativo;

Castiglione T.se, ____/____/20____

FIRMA _____