

**Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Michela Braccia**

**Al DSGA
Dott.ssa Avitto Ida**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesta

Istituzione Scolastica in qualità di personale A.T.A., Profilo _____

a tempo indeterminato ☐ determinato ☐ nel corrente A.S. _____

CHIEDE

di poter svolgere n. _____ ore di straordinario, dalle _____ alle _____ il
giorno _____ per la seguente motivazione _____

_____, li _____

Firma

VISTO

- ☐ SI CONCEDE
☐ NON SI CONCEDE

IL D.S.G.A.
AVITTO IDA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Michela Braccia