**MODELLO ATA**

 AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C.”G. Falcone e P. Borsellino” di Morlupo

Oggetto: richiesta recupero ore eccedenti

\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- in servizio presso questo istituto comprensivo

- in qualità di: [ ] DSGA [ ] Assistente Amministrativo [ ] Collaboratore Scolastico

- con contratto a TEMPO [ ] Indeterminato [ ] Determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- con turno di servizio dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità,

**C H I E D E**

 n. \_\_\_\_\_\_ gg. di **recupero ore eccedenti** **(straordinario)** - *Allegare prospetto ore straordinario autorizzate*

 il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot gg\_\_\_\_

 il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot gg\_\_\_\_

 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot gg\_\_\_\_

 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot gg\_\_\_\_

Nel suddetto periodo sarà reperibile, per eventuali comunicazioni, al seguente indirizzo:

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

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma)

 Visto

[ ] SI AUTORIZZA [ ] NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico

 Dott.ssa Flavia Mezzanotte