



ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO "RIVA 1"

38066 Riva del Garda - Viale D. Chiesa, 12 - Tel. 0464/553088 - C.F. 93013000224

www.rival.it - e-mail: segr.rival@scuole.provincia.tn.it

Oggetto: **Lavoro straordinario** del personale provinciale
ATA assegnato all'Istituto Comprensivo Riva 1.

Il sottoscritto visto l'autorizzazione del R.A.S. comunica l'effettuazione di lavoro straordinario entro i limiti stabiliti dalle normative vigenti.

Il /a Signor/a _____

Qualifica _____

in relazione al mese di _____

giorno _____ per motivi _____

IL RESPONSABILE AMM.VO
dott.ssa Loredana Bondi

Il/a sottoscritto/a _____ matricola _____

Dichiara di aver effettuato durante il mese di _____

le ore di lavoro straordinario come sott'indicato:

GG	Codice Luogo (1)	ora		quantità			GG.	Codice Luogo (*)	ore		quantità		
		dalle	alle	FERIALI	FESTIVE O NOTTURNE	NOTTURNE in gg. FESTIVI			dalle	alle	FERIALI	FESTIVE O NOTTURNE	NOTTURNE in gg. FESTIVI
1							16						
2							17						
3							18						
4							19						
5							20						
6							21						
7							22						
8							23						
9							24						
10							25						
11							26						
12							27						
13							28						
14							29						
15							30						
							31						

Ai sensi dell'art. 9 del D.P.G.P. n° 16-29/Leg. di data 31 ottobre 1990 il sottoscritto chiede il pagamento delle seguenti ore di lavoro straordinario:

Totale ore feriali (a pagamento) n° _____

Totale ore festive o notturne n° _____

Totale ore notturne in giorni festivi n° _____

ed il RECUPERO di ore per lavoro straordinario per n° _____

Dichiara, inoltre, di aver effettuato a decorrere dal 1° settembre e fino al termine del mese cui si riferisce la presente attestazione n° _____ complessive ore di lavoro straordinario.

Riva del Garda, _____

FIRMA DEL DIPENDENTE

Si attesta l'effettuazione delle ore di lavoro straordinario sopraindicate.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Paola Bortolotti

(*) – Codice luogo di effettuazione
0 in ufficio
1 in missione