

Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico Statale“ B. Rescigno”

Oggetto: **recupero straordinario personale ATA**

Anno Scolastico _____

Il / La sottoscritt _____

Qualifica _____

C H I E D E

di poter usufruire di n. _____ giorn___ di
recupero straordinario per il seguente
periodo

dal	al
dal	al
dal	al

di poter usufruire di n. _____ ore___ di
recupero straordinario per il seguente
periodo

dalle ore	alle ore
dalle ore	alle ore
dalle ore	alle ore

Roccapiemonte, _____

Firma _____

Visto, DSGA

visto, si autorizza il Dirigente Scolastico
