ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " Gorni"
Via Allende n. 7 – Tel. 0376–618926 Fax. 0376-626175
QUISTELLO (MN)
e-mail: mnic821001@istruzione.it
posta elettronica certificata: mnic821001@pec.istruzione.it
sito scuola: http://www.icquistello.gov.it

Al Dirigente scolastico

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI AVER SVOLTO ORE ECCEDENTI LE 36 ORE SETTIMANALI - PERSONALE ATA

__l___Sottoscritt___ _____

in servizio, nel corrente a.s. **20 - 20** presso codesto Istituto Comprensivo di Quistello sede di _____ in qualità di A. T. A.

profilo |__| Collaboratore Scolastico |__| ti |__| td
|__| Assistente Amministrativo |__| ti |__| td
|__| Direttore Serv.Gen. Amministrativi |__| ti |__| td

DICHIARA

DI AVER EFFETTUATO LE SEGUENTI ORE OLTRE LE 36 SETTIMANALI NEL MESE DI _____ 20_____ :

SETTIMANA DAL _____ AL _____	
ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO	**STRAORDINARIO**
LUNEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MARTEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MERCOLEDI' dalle ORE _____alle ORE_____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
GIOVEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
VENERDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
SABATO dalle ORE _____ alle ORE _____. ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
TOTALE ORE STRAORDINARIO	

SETTIMANA DAL _____ AL _____	
ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO	**STRAORDINARIO**
LUNEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MARTEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MERCOLEDI' dalle ORE _____alle ORE_____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
GIOVEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
VENERDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
SABATO dalle ORE _____ alle ORE _____. ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
TOTALE ORE STRAORDINARIO	

SETTIMANA DAL _____ AL _____	
ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO	**STRAORDINARIO**
LUNEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MARTEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MERCOLEDI' dalle ORE _____alle ORE_____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
GIOVEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
VENERDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
SABATO dalle ORE _____ alle ORE _____. ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
TOTALE ORE STRAORDINARIO	

SETTIMANA DAL _____ AL _____	
ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO	**STRAORDINARIO**
LUNEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MARTEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MERCOLEDI' dalle ORE _____alle ORE_____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
GIOVEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
VENERDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
SABATO dalle ORE _____ alle ORE _____. ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
TOTALE ORE STRAORDINARIO	

SETTIMANA DAL _____ AL _____	
ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO	**STRAORDINARIO**
LUNEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MARTEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
MERCOLEDI' dalle ORE _____alle ORE_____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
GIOVEDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
VENERDI' dalle ORE _____ alle ORE _____ ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
SABATO dalle ORE _____ alle ORE _____. ORE _____	dalle ORE _____ alle ORE _____
TOTALE ORE STRAORDINARIO	

Totale n. _____ ore

__l__ Sottoscritt__

Data .....

…….....

Visto il Docente Coordinatore di plesso……..…

****

Visto: _____si autorizza

Il Direttore Serv.Gen.Amm.vi
(Rag. Elisabetta Melli)

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Nadia Cavallini)