



AI DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO di ISTRUZIONE
SUPERIORE "M.PAGLIETTI" -
PORTO TORRES

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' LAVORO STRAORDINARIO

Il/La sottoscritto/a, in servizio in qualità di
.....a tempo indeterminato / determinato presso
questo istituto nell'a.s. 2018/2019, nella Sede/Plesso di _____,
ai sensi degli artt. 51 e 54 del CCNL Comparto Scuola del 29/11/2007;

DICHIARA

- di essere disponibile** ad effettuare lavoro straordinario secondo le esigenze che saranno indicate dall'Istituto
- di non essere disponibile** ad effettuare lavoro straordinario

Data

Firma

(compila solo chi ha dato la disponibilità ad effettuare lavoro straordinario)

Il/La sottoscritto/a in relazione
alle eventuali ore straordinarie che effettuerà, per esigenze di servizio, nell'a.s. 2018/2019,

RICHIEDE

- il pagamento totale delle ore di straordinario effettuate;
- il pagamento parziale del% delle ore di straordinario prestate e la rimanenza a riposo compensativo;
- il recupero totale in giornate di sospensione dell'attività didattica o in altri periodi compatibilmente con le esigenze organizzative dell'istituzione scolastica.

PORTO TORRES, ___/___/2018

Firma