

**AUTORIZZAZIONE INDIVIDUALE GIORNALIERA DI LAVORO STRAORDINARIO  
PER LE MOTIVAZIONI CONSENTITE**

Si autorizza il/la sig./ra \_\_\_\_\_ in servizio presso questo

Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo determinato/indeterminato ad

effettuare il giorno \_\_\_\_\_ i giorni \_\_\_\_\_

Lavoro straordinario dalle ore..... alle ore.....  
per una durata massima prevista di n..... ore

per lo svolgimento delle seguenti attività:

- attività connesse alla sostituzione di colleghi assenti:
  - nominativo collega/colleghe/i:  
.....
- attività connesse a servizi o ad adempimenti amministrativi/tecnici urgenti:  
.....  
.....
- attività connesse alla partecipazione o alla realizzazione di eventi, convegni, manifestazioni fieristiche:  
.....  
.....
- attività connesse allo svolgimento di servizi o ad adempimenti amministrativi/tecnici aventi carattere straordinario:  
.....  
.....
- varie:.....  
.....

Milano, .....

Visto del Direttore SGA

Sentito il parere del DSGA sulle esigenze di servizio e sulla copertura di spesa si autorizza lavoro straordinario dalle ore ..... alle ore .....

Il Dirigente Scolastico

Tel. 02/884 47052 – Fax. 02/884 47053

Indirizzo mail: [miic8dy00c@istruzione.it](mailto:miic8dy00c@istruzione.it) – [miic8dy00c@pec.istruzione.it](mailto:miic8dy00c@pec.istruzione.it)

