



Al Dirigente Scolastico  
dell'I. C. 'G. Marconi'  
di Castelfranco E. (MO)

**Oggetto: richiesta di recupero compensativo**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto in qualità di

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assistente amministrativo | <input type="checkbox"/> I.T.I. | <input type="checkbox"/> I.T.D. |
| <input type="checkbox"/> assistente tecnico        | <input type="checkbox"/> I.T.I. | <input type="checkbox"/> I.T.D. |
| <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico  | <input type="checkbox"/> I.T.I. | <input type="checkbox"/> I.T.D. |

**CHIEDE**

Che gli /le siano concessi gg. \_\_\_\_\_ di

- RECUPERO  
COMPENSATIVO
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_

Durante i suddetti periodi oltre che al suo domicilio, il sottoscritto potrà essere rintracciato per comunicazione e/o esigenze di servizio al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Castelfranco E., \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Il D.S.G.A., viste le esigenze di servizio, esprime :  
 parere favorevole  
 parere non favorevole

IL DIRETTORE dei S.G.A.  
Sig.ra Felicia De Meo