****

# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI ALZANO LOMBARDO

*Scuola dell’Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di I° grado*

**Via F.lli Valenti , 6 - 24022 Alzano Lombardo (Bg) – 🕿 035/511390 – ** 035/515693**

**e-mail intranet:** **bgic82100t@istruzione.it** **sito internet:** [**www.icalzanolombardo.it**](http://www.icalzanolombardo.it)

## C.F. 9 5 1 1 8 4 1 0 1 6 6

Al Dirigente scolastico

 dell’Istituto Comprensivo

 di Alzano Lombardo

**RICHIESTA RIPOSO COMPENSATIVO PERSONALE ATA – A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a....……………......................................, in servizio presso..................................................

in qualità di ...........................................……..……. a tempo **indeterminato**  **determinato**

**CHIEDE**

Di poter fruire de\_\_\_ seguent\_\_\_ giorn\_\_\_ di riposo compensativ\_\_\_ :

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)

**PER UN TOTALE ORE \_\_\_\_\_\_\_( gg.\_\_\_\_)**

 GIA’ PRESTATE

 DA PRESTARE

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Viste le esigenze di servizio

 SI CONCEDE

 NON SI CONCEDE

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 IL DSGA (Dr. Massimiliano Martin)

 (Dr. Alberto Caprini)