Prot. N° Al/Alla sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: INTENSIFICAZIONE DI LAVORO IN ORARIO DI SERVIZIO**

**Vista** l’esigenza della scuola:

☐-Sostituzione collega assente;

☐-Esigenze straordinarie comportanti prestazioni eccedenti il proprio piano di lavoro;

**Preso atto** della disponibilità verbale manifestata dal dipendente ad effettuare ore intensive;

**SI COMUNICA**

Che la S.V., in servizio presso questo Istituto in qualità di:

 ☐ assistente amministrativo a tempo: ☐ indeterminato

* assistente tecnico ☐ supplente annuale fino al 31/8
* collaboratore scolastico ☐ supplente fino al 30/6
	+ supplente temporaneo

**È AUTORIZZAT\_\_**

ad effettuare **LAVORO INTENSIVO** come indicato nel prospetto che segue:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **giorno** | **dalle ore** | **alle ore** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

nel rispetto delle mansioni del suo profilo professionale come recita il C.C.N.L..

data Firma per accettazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

 Annabruna Musiu

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Maria Romina Lai