

Al Direttore D.S.G.A.
Istituto Comprensivo
Roverbella

Il/La sottoscritt _____ in servizio presso questo
Istituto Comprensivo in qualità di Assistente Amministrativo/Collaboratore Scolastico

C H I E D E

Di recuperare n. ore _____ effettuate negli anni scolastici 20____/20____ e precedenti nei giorni
sotto indicati:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Roverbella, _____

Firma _____



Ministero della Pubblica Istruzione
Istituto Comprensivo di Roverbella
Via Trento e Trieste 2 - 46048 Roverbella MN

VISTO : si concede/non si concede

Roverbella _____

IL DIRETTORE S.G.A.