



Spiazzo, lì _____

Oggetto: **RICHIESTA PAGAMENTO PRESTAZIONI IN ORARIO STRAORDINARIO**

Il/La sottoscritto/a _____ appartenente al Servizio _____

dipendente

☐ a tempo indeterminato

☐ a tempo parziale ____/36 ore sett.

☐ a tempo determinato

☐ a tempo pieno

☐ chiede il pagamento di _____ ore straordinarie accumulate

IL RICHIEDENTE

Visto: IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Autorizza: IL DIRETTORE

N.B: Il presente modello deve essere presentato obbligatoriamente all'ufficio per il riconoscimento della prestazione