

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Darfo 1

**RICHIESTA/ CONFERIMENTO sostituzione collega assente
(supplenza a pagamento ore eccedenti_ senza oneri)**

Il/i sottoscritto/i docente/i firmatario/i insegnante/i di scuola _____
(indicare l'ordine di scuola) nel plesso
di _____

CHIEDE/CHIEDONO

di poter effettuare la supplenza di cui al seguente prospetto, per sostituire il
COLLEGA ASSENTE _____ GIORNO _____
DATA _____ PLESSO _____

Completare la tabella in ogni sua parte

| Orario | Classe | Nome, cognome ins. che effettuerà la sostituzione | Modalità 1: RECUPERO PERMESSO del..... | Modalità 2: ALTRO (p.es. banca ore..) | Modalità 3 : UTILIZZO IN SERVIZIO potenziato, compresenza.. | Modalità 4: PAGAMENTO ¹ | Firma |
|--------|--------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| 8.00 | | | | | | | |
| 9.00 | | | | | | | |
| 10.00 | | | | | | | |
| 11.00 | | | | | | | |
| 12.00 | | | | | | | |
| 13.00 | | | | | | | |
| Mensa | | | | | | | |
| 14.00 | | | | | | | |
| 15.00 | | | | | | | |
| 16.00 | | | | | | | |

TOT. ORE DI SOSTITUZIONE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la Contrattazione Integrativa Istituto

VISTA la vigente normativa in materia

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

Data, _____

Firma _____

¹ L'insegnante fiduciario ha già contattato la segreteria per la verifica della disponibilità oraria eccedente.