**Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO: SOSTITUZIONE NELL’ATTIVITÀ DIDATTICA DI COLLEGA ASSENTE**

IL/La sottoscritto/a, in qualità di Docente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che ha dato la propria disponibilità alla sostituzione di colleghi assenti, dichiara di aver svolto ore eccedenti nei giorni, nelle ore e nelle classi sottoelencati, per complessive n. \_\_\_\_\_\_\_\_ ore nel/nei mese/i di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | DATA | ORARIO | CLASSE | DOCENTE SOSTITUITO | FIRMA DEL DOCENTE ADDETTO ALLE SOSTITUZIONI |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Per le prestazioni di cui trattasi, dichiara che le compete la retribuzione per n. \_\_\_\_\_\_ ore.

FIRMA DEL DOCENTE (per conferma adempimento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Carbonia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Dott.ssa Pispisa Emanuela