



COMUNE DI CELLAMARE
Città Metropolitana di Bari

Piazza Risorgimento 33
Settore Segreteria – Personale
Tel. 0804657920-21

Oggetto: Autorizzazione di lavoro straordinario.

Si dispone che il Sig. _____, svolga la prestazione lavorativa straordinaria per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____.

MOTIVAZIONE: _____

Si autorizza il:

- ☐ pagamento delle ore prestate
- ☐ recupero a riposo compensativo.

IL RESPONSABILE DEL SETTORE

Per accettazione il dipendente
