

SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BA

Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede Operativa: via Verdi 36-38 – 70123 Bari - tel. 080 3217901
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato

CF - P. IVA 07077140726

[E-mail: sanitaservice@asl.bari.it](mailto:sanitaservice@asl.bari.it)

[Web site: www.sanitaserviceaslba.it](http://www.sanitaserviceaslba.it)

All'Amministratore Unico della Sanitaservice ASL BA

OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, AI SENSI DEGLI ARTT. 47, 48 E 76 DEL DPR N.445/2000 PER OMESSA TIMBRATURA DA PARTE DEL DIPENDENTE.

Io sottoscritto/a (A STAMPATELLO)..... dipendente
di codesta spett. Società, presso la sede di, reparto
.....struttura di appartenenza:.....(distretto/ospedale),
con la qualifica di(ausiliario,commesso,...)

CONSAPEVOLE

della responsabilità che assume in sede penale e civile in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del codice Penale, delle Leggi speciali in materia (artt. 47, 48 e 76 DPR n.445/2000):

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

che il giorno: ___/___/20___ è entrato alle ore ed è uscito alle ore avendo omesso la timbratura elettronica per il seguente motivo:

..... (dimenticanza badge, malfunzionamento dispositivo di rilevazione, se invece per altro motivo specificare con chiarezza).

Si allega pertanto copia di un documento di riconoscimento con validità legale.

Distinti saluti.

....., li ___/___/20___ (luogo e data)

In fede il lavoratore dichiarante (firma)

NOTA INTERNA DI SERVIZIO

Questa richiesta va necessariamente presentata agli uffici amministrativi SS via email o via fax, **entro 2 giorni** dalla data dell'omessa timbratura.