

SCHEDA REGISTRAZIONE PRESENZE SANITASERVICE ASL BA



LA PRESENTE VALE COME DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, AI SENSI DEGLI ARTT. 47, 48 E 76 DEL DPR N.445/2000 PER OMESSE TIMBRATURE DA PARTE DEL DIPENDENTE.

MESE DI _____ ANNO 20____

IL SOTTOSCRITTO (cogn.e nome a stampatello) _____ MATR. _____

DIPENDENTE DI QUESTA SOCIETA', IN QUALITA' DI (ausiliario, commesso,...) _____, IN SERVIZIO

PRESSO LA STRUTTURA ASL BA ASSEGNATA (distretto n./ospedale): _____

REPARTO/POLIAMB./CSM/... _____ DI (città): _____

gg	ORA ENTRATA	FIRMA	ORA USCITA	ORA ENTRATA	FIRMA	ORA USCITA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

N.B. A completamento della compilazione nei righi vuoti indicare il giustificativo: R=RIPOSO/RECUPERO, FR=FERIE, M=MALATTIA, A=ALTRO DA SPECIFICARE.

TOTALE ORE LAVORATE NEL MESE: _____ MOTIVO OMESSA TIMBRAT.ELETR.: _____

IL DIPENDENTE SANITASERVICE ASL BA DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' LA VERIDICITA' DI QUANTO RIPORTATO SOPRA, AI SENSI DEGLI ARTT. 47, 48 E 76 DEL DPR N.445/2000, pertanto allega alla presente copia del proprio documento di identità in corso di validità.

DATA ____/____/20____ IL DIPENDENTE DICHIARANTE (firma leggibile) _____