

REGIONE LAZIO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

REGIONE LAZIO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

**COMPUTO ORE**

**Al Direttore UOC Amm.ne del Personale**

**dipendente a convenzione e collaborazioni**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matr. \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 che venga calcolato l’orario di lavoro effettuato per esigenze di servizio il giorno \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_

### Rieti lì \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ………………..………………………..

 (firma)

###

Visto si autorizza

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

timbro e firma