

REGIONE LAZIO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

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

**MANCATA TIMBRATURA**

 **dipendente a convenzione e collaborazioni**

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

**DICHIARA**

che il giorno \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non ha timbrato l’orario con il badge magnetico causa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pertanto sotto la propria responsabilità, dichiara di aver prestato servizio dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (firma)

###  Visto si autorizza

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

timbro e firma