



AL SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

AOU Sede

Oggetto: autorizzazione di lavoro straordinario a recupero

Il / La sottoscritt _____ n. matr _____ in servizio presso _____

Ha eseguito lavoro straordinario per un totale di n° _____ ore di

- Straordinario a recupero
- Pagamento

Motivazione _____

nei giorni sotto indicati:

Giorno	dalle ore	alle ore	tot ore	motivazione(obbligatoria)

Data _____

Il Coordinatore dell'U.O.

Il Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie
(Dott.ssa Pina Brocchi)
