Oggetto : autorizzazione di lavoro straordinario

Il/La sottoscritt_____n. matr._____in servizio

presso_____

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

☐ Straordinario a recupero

☐ Straordinario a pagamento

Motivazione_____

_____

Nei giorni sotto indicati:

Giorno	Dalle ore	Alle ore	Tot. ore	

Data_____

Il Coordinatore

---

il Dirigente della SS Area
della Riabilitazione
Dott.ssa Sofia Pinna