

**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

S.C. Gestione Infermieristica
il Direttore
Dott. Piero Bulla