



Oggetto: Autorizzazione eccedenza orario

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

Presso _____

Ha eseguito lavoro con eccedenza oraria per un totale di n° _____ ore di

- ☐ Eccedenza a recupero
- ☐ Eccedenza a pagamento

Motivazione _____

Nei Giorni indicati:

Giorno	Dalle ore	Alle ore	Tot.ore		

Data _____

S.C. Gestione Infermieristica

Il Coordinatore

Il Direttore

Dott. Piero Bulla