



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

SS Professioni Riabilitative
Il Direttore
Dott.ssa Sofia Pinna