ASP ENNA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

ENNA,_____

Oggetto: **foglio riepilogativo mensile-rientri pomeridiani autorizzati per recupero debito orario di servizio.**

Al Servizio Risorse Umane
Ufficio Rilevazione Presenze
ENNA

Il dipendente_____Matr._____ con la qualifica di _____in servizio presso _____ comunica che nel mese di _____/_____ al fine di poter integrare il proprio debito di servizio risultante al _____ ha effettuatto i seguenti rientri pomeridiani (prolungamento dell'orario di servizio pomeridiano programmato o in altri giorni non previsti):

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	MOTIVAZIONE

IL DIPENDENTE

_____

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

_____