



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO
DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA
U.O.C. Integrazione Ospedale-Territorio-Emergenza
Direttore: Dott. A. E. Rossi
VIA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A c/o EX OSP. FRULLONE- 80145 - NAPOLI
TEL. 0812544549 Fax 0812549550

Napoli _____

Oggetto: omessa timbratura

Il/La sottoscritta _____

dipendente/convenzionat_ di questa U.O. in servizio presso la postazione

di _____ con qualifica di _____

dichiara

sotto la propria responsabilità di aver dimenticato di registrare con il proprio badge

personale, l'orario d'ingresso e/o d'uscita del giorno _____

e dichiara di essere entrat_ / uscit_ alle ore _____ .

Il turno previsto era dal _____ alle _____ .

In fede

Il referente di presidio

Autorizzazione

In esito alla sua istanza del _____ si autorizza la timbratura manuale

II DIRETTORE