

 <p>SERVIZIO SANTARIO REGIONALE</p> <p>Divisione Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1 style="color: blue;">ASSEGNAZIONE OROLOGIO TIMBRATURE IN ENTRATE E IN USCITA</h1>	<p>Modello C</p>
		<p>Pag. 1/1</p>

ALLA U.O. GESTIONE DEL PERSONALE
Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

DIRETTORE / RESPONSABILE PRESSO LA U.O. _____

DEL PRESIDIO / DIPARTIMENTO DI _____

DISPONE CHE

IL/LA DIPENDENTE _____

QUALIFICA PROFESSIONALE DI _____

IN FORZA PRESSO LA U.O. DI CUI SOPRA SIA AUTORIZZATO/A ALLA:

TIMBRATURA DEL CARTELLINO ESCLUSIVAMENTE NELLA SEDE DI LAVORO:

- PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI _____

TIMBRATURA DEL CARTELLINO NELLE SEGUENTI SEDI DI LAVORO:

- PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI _____

- PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI _____

- PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI _____

- PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI _____

DATA _____

IL RESPONSABILE _____

Il sottoscritto, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

DATA _____

VISTO IL DIPENDENTE _____