



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



MANCATE TIMBRATURE

Modello R

Pag. 1/1

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' PER MANCATA TIMBRATURA

Il/La sottoscritto/a _____ In servizio presso l' Unità Operativa di _____ MATRICOLA N _____ consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445, nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, **dichiara** che nel mese di _____ nei giorni sotto indicati non ha timbrato il cartellino per le motivazioni riportate a fianco di ciascun giorno:

| GIORNO | MOTIVAZIONE MANCATA TIMBRATURA | ENTRATA | USCITA | ENTRATA | USCITA |
|--------|--------------------------------|---------|--------|---------|--------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |

Il dipendente _____

(Luogo e data)

.....

Per presa visione
Il Dirigente Responsabile

.....

N.B. allegare copia documento di riconoscimento del dichiarante