



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



REGIONE CALABRIA

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA**

MANCATE TIMBRATURE

Modello R

Pag. 1/1

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