

 <p>SERVIZIO SANTARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA A PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>AUTORIZZAZIONE STRAORDINARIO</h1>	<p>Modello U</p> <p>Pag. 1/1</p>
--	---	---

ALSIG. _____

c/o _____

OGGETTO : DISPOSIZIONE DI SERVIZIO

Si dispone che la S.V. presti servizio il giorno _____ dalle ore _____
in poi per improcrastinabili esigenze di servizio per la seguente motivazione:

DATA _____

IL RESPONSABILE DELL' U.O.

STRAORDINARIO A PAGAMENTO

STRAORDINARIO IN BANCA ORE

SI

SI

IL DIPENDENTE _____

N.B. La presente disposizione dovrà essere custodita a cura del dipendente ed esibita a richiesta.