

	Direzione Sanitaria	Mod. 0111	Pag. 1 di 1
	RICHIESTA ORE STRAORDINARIE	Parola chiave: <i>straord</i>	
		Rev. 00	del 02/02/2026

COGNOME.....NOME.....

QUALIFICA

SERVIZIO PRESSO

NOMINATIVO del RESPONSABILE.....

DATA RICHIESTA STRAORDINARIOORE RICHIESTE.....

ORARIO DI LAVORO PREVISTO.....

ORARIO REALE EFFETTUATO

MOTIVAZIONE

.....

FIRMA DIPENDENTE _____ DATA:

FIRMA RESPONSABILE _____ DATA:

☐ RETRIBUZIONE

☐ SCONTO ORE

Parte riservata all'Ufficio del Personale

ORE AUTORIZZATE:

FIRMA DEL RESPONSABILE _____

FIRMA DEL DATORE DI LAVORO PER AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO
