

Al Direttore / Responsabile struttura di afferenza

OMESSA TIMBRATURA

Il/la sottoscritto/a dr. _____
specialista ambulatoriale interno / professionista _____
con incarico presso questa Azienda ULSS a tempo determinato / indeterminato / provvisorio /
di sostituzione per la branca di _____,
presso _____, segnala la/e seguente/i omessa/e timbratura/e:

mese _____

giorno _____

ora di entrata: _____

ora di uscita: _____

ora di entrata: _____

ora di uscita: _____

Nota: pregasi indicare esclusivamente l'ora relativa all'omessa timbratura.

Motivo della mancata timbratura:

Luogo, data _____

(firma dello specialista / professionista)

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DI UO

(timbro e firma)

Trasmettere via email a presenzesai@aulss2.veneto.it