

REGISTRO STRAORDINARIO IN SEDE E RIPOSO COMPENSATIVO

Ufficio: _____ Mese: _____ Anno: _____ Dipendente: _____

STRAORDINARIO IN SEDE

Giorno	Dalle ore	Alle ore	Per un totale di	Data e firma di autorizzazione ⁽¹⁾
___/___/___	___:___	___:___	___:___	
___/___/___	___:___	___:___	___:___	
___/___/___	___:___	___:___	___:___	
___/___/___	___:___	___:___	___:___	
___/___/___	___:___	___:___	___:___	
___/___/___	___:___	___:___	___:___	

RIPOSO COMPENSATIVO

Giorno	Dalle ore	Alle ore	Per un totale di	Monte ore anno	Data e firma di autorizzazione
___/___/___	___:___	___:___	___:___		
___/___/___	___:___	___:___	___:___		
___/___/___	___:___	___:___	___:___		
___/___/___	___:___	___:___	___:___		
___/___/___	___:___	___:___	___:___		
___/___/___	___:___	___:___	___:___		

Campobasso, li ___/___/___

VISTO SI AUTORIZZA ⁽¹⁾

(1) Si autorizza dopo aver accertato il saldo orario non negativo nella giornata di riferimento e da inizio anno, nonché il rispetto del limite di 72 ore annue di lavoro straordinario (cumulando le ore di straordinario in sede e quelle a seguito di missione).

Per le categorie che hanno diritto allo straordinario retribuito. Procedere al pagamento?

SI

NO

Non scegliere per usufruirne a riposo compensativo.