

___/___ Sottoscritt___ _____ COMUNICA al Direttore Amministrativo

COGNOME

NOME

dell'Università degli studi del Molise :

DI AVER EFFETTUATO IL SEGUENTE LAVORO STRAORDINARIO :

* minimo ½ ora

Straordinario svolto a seguito di Missione				
data	dalle ore	alle ore	totali	riposo comp.
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				

* escluso il tempo di percorrenza:

per un totale di n. ___ore da intendersi come :

n. ___ ore da fruire come Riposo Compensativo

n. ___ ore da utilizzare nel computo della Flessibilità in entrata ed in uscita (*entro il mese successivo*)

n. 3 ore da intendersi come anticipo posticipo rientro del ___/___/___

Campobasso, li ___/___/___

VISTO SI AUTORIZZA

DI USUFRUIRE DI :

RIPOSO COMPENSATIVO	
in data : ___/___/___	
per n. ___ ore dalle ___ alle ___	
per lavoro straordinario svolto :	
<input type="checkbox"/> in Sede	
in data :	___/___/___
	___/___/___
	___/___/___
<input type="checkbox"/> a seguito di Ordine di Servizio	
in data :	___/___/___
	___/___/___
	___/___/___
<input type="checkbox"/> a seguito della/e Missione/i	
in data :	___/___/___
	___/___/___
	___/___/___

NOTE :

firma leggibile