

___/___ 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

firma leggibile