mod. 2
straord
dip

Regione Molise

SERVIZIO _____

Al Dirigente Responsabile

_____

_____

SEDE

Oggetto: Lavoro straordinario fuori sede.

___l__ sottoscritt __ _____ dipendente della Regione Molise, in servizio presso il _____ in missione a_____ il giorno ___/___/_____ giusta autorizzazione prot. n. _____ del __/___/____

Dichiara sotto la propria responsabilità

che l'attività di servizio prestato nella missione, del giorno ___/___/____ si è protratta oltre il normale orario di lavoro dalle ore _____ alle ore _____ totale ore _____ .

data, _____

Firma

_____

^^^