Mod. 6
riposo sost
dip

Regione Molise

SERVIZIO _____

AL Dirigente Responsabile

_____

_____

SEDE

Oggetto: Riposo sostitutivo

__l__ sottoscritt__ _____,

matricola N._____ in servizio presso _____

chiede di usufruire di n. _____ ore il giorno _____di riposo sostitutivo per lavoro straordinario effettuato nel mese di _____, autorizzazione:

- prot. n°_____ del ____/____/_____
- prot. n°_____ del ____/____/_____
- prot. n°_____ del ____/____/_____

data, _____

Firma

_____

^^^