



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

Data _____

Cognome _____ Nome _____ matr. _____

Servizio/Reparto/Ufficio: _____ Mese _____ Anno _____

Il Responsabile attesta che le ore di lavoro sono state effettuate previa autorizzazione, come sotto specificate:

ORE STRAORDINARIE

ORE ACCANTONATE

GIORNO	Dalle ore	Alle ore	Totale giornaliero	MOTIVO
1	:	:	:	
2	:	:	:	
3	:	:	:	
4	:	:	:	
5	:	:	:	
6	:	:	:	
7	:	:	:	
8	:	:	:	
9	:	:	:	
10	:	:	:	
11	:	:	:	
12	:	:	:	
13	:	:	:	
14	:	:	:	
15	:	:	:	
16	:	:	:	
17	:	:	:	
18	:	:	:	
19	:	:	:	
20	:	:	:	
21	:	:	:	
22	:	:	:	
23	:	:	:	
24	:	:	:	
25	:	:	:	
26	:	:	:	
27	:	:	:	
28	:	:	:	
29	:	:	:	
30	:	:	:	
31	:	:	:	
Totale mensile			:	

N.B. TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

Il Dipendente _____

Il Responsabile _____

UOC Risorse Umane - Ufficio verifica presenze
 tel. 049 821 1193/5675, e-mail: verifica.presenze@iov.veneto.it

agg. al 05/02/19