



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Ferrara, \_\_\_\_\_

OGGETTO: Segnalazione anomalie di servizio

All' Ufficio Specialistica  
Convenzionata Interna  
Azienda U.S.L.

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Dichiara che il data \_\_\_\_\_ non ha potuto regolarmente timbrare il proprio  
orario di lavoro dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

Il Dipendente

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Responsabile

\_\_\_\_\_