



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
