



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2
Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Vestini s.n.c., Palazzina N (Ex palazzina Se.BI) - 66100 CHIETI
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Data _____

Al Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore
U.O. _____
Sua sede

ATTESTAZIONE SOSTITUTIVA DI MANCATA TIMBRATURA PRESENZA IN SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a il _____ a _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____

Consapevole delle sanzioni penali poste a carico di chi dichiara il falso dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Che il giorno _____ non ha provveduto ad effettuare la marcatura prescritta per la rilevazione della propria presenza sul luogo di lavoro, come sotto indicato:

entrata ore: _____ uscita ore: _____

entrata ore: _____ uscita ore: _____

entrata ore: _____ uscita ore: _____

per la seguente motivazione:

Firma del Dichiarante
(Firma per esteso e leggibile)

VISTO

IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE/ COORDINATORE

TIMBRO E FIRMA