

**Modulo eccedenza oraria - Servizio \_\_\_\_\_ Settimana dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

Cognome e nome del dipendente(stampatello)	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Attività da svolgere
	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	Lu _____ Ma _____ Me _____ Gi _____ Ve _____
	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	Lu _____ Ma _____ Me _____ Gi _____ Ve _____
	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	Lu _____ Ma _____ Me _____ Gi _____ Ve _____
	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	dalle _____ alle _____ S. O                      F. O Firma _____	Lu _____ Ma _____ Me _____ Gi _____ Ve _____
Preso visione del RAD >						

Legenda : S. leggasi Straordinario e F. Flessibilità positiva(barrare il simbolo O )

**Il Responsabile Amm.vo Delegato  
Dott.ssa Maria Romana Forte**

**Il Direttore del CeRSITeS  
Prof. Giuseppe Bonifazi**