



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
POLICLINICO UMBERTO I



Roma, \_\_\_\_\_

Si autorizza \_\_\_\_\_  
ad effettuare il \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ore di lavoro straordinario / recupero  
straordinario eccedente per \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nel Reparto \_\_\_\_\_

N. O. del Responsabile del Servizio

\_\_\_\_\_