

DISTRETTO \_\_\_\_\_

PRESIDIO DI \_\_\_\_\_

Al Responsabile  
della U.O. \_\_\_\_\_  
oppure All' Ufficio Infermieristico  
Presidio \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dr./ssa \_\_\_\_\_

badge n. \_\_\_\_\_  
matricola \_\_\_\_\_

dichiara quanto segue

[ ] di non aver timbrato, in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- l'entrata, alle ore \_\_\_\_\_

- l'uscita, alle ore \_\_\_\_\_

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

e dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere entrato e/o uscito alle ore sopra indicate.

(compilare per mancata timbratura in entrata, in uscita o in entrambi i casi)

[ ] di essere stato chiamato in servizio in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

dalla pronta disponibilità per il seguente motivo

\_\_\_\_\_

(barrare le caselle relative ai punti dichiarati)

Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

Per attestazione

Il Responsabile U.O. o l'Ufficio infermieristico \_\_\_\_\_



SOC Pediatri  
di famiglia e  
Specialistica  
ambulatoriale  
Via S. Salvi, 12  
Villa Fabbri  
50135 Firenze