

 <p> <b>SERVIZIO SANTARIO REGIONALE</b>  <small>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</small>  <b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</b> </p>	<h1 style="color: blue;">ASSEGNAZIONE OROLOGIO TIMBRATURE IN ENTRATE E IN USCITA</h1>	<p style="text-align: center; color: blue;"><b>Modello C</b></p> <p style="text-align: center;">Pag. 1/1</p>
--	---	--

**ALLA U.O. GESTIONE DEL PERSONALE**  
**Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale** \_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

DIRETTORE / RESPONSABILE PRESSO LA U.O. \_\_\_\_\_

DEL PRESIDIO / DIPARTIMENTO DI \_\_\_\_\_

**DISPONE CHE**

IL/LA DIPENDENTE \_\_\_\_\_

QUALIFICA PROFESSIONALE DI \_\_\_\_\_

IN FORZA PRESSO LA U.O. DI CUI SOPRA SIA AUTORIZZATO/A ALLA:

**TIMBRATURA DEL CARTELLINO ESCLUSIVAMENTE NELLA SEDE DI LAVORO:**

- **PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI** \_\_\_\_\_

**TIMBRATURA DEL CARTELLINO NELLE SEGUENTI SEDI DI LAVORO:**

- **PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI** \_\_\_\_\_

- **PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI** \_\_\_\_\_

- **PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI** \_\_\_\_\_

- **PRESIDIO/DIPARTIMENTO DI** \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*

DATA \_\_\_\_\_

VISTO IL DIPENDENTE \_\_\_\_\_