

MODELLO AUTORIZZAZIONE ORE DI STRAORDINARIO

MESE DI _____ DIPENDENTE _____

DATA	INIZIO	FINE	MOTIVO	Firma Dip.	Autorizzante	Firma Autor.

MODELLO AUTORIZZAZIONE ORE DI STRAORDINARIO

MESE DI _____ DIPENDENTE _____

DATA	INIZIO	FINE	MOTIVO	Firma Dip.	Autorizzante	Firma Autor.