



# SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

Cod. Fis – Partita IVA 01948180649

Tel. (0825) 203111 – Fax (0825) 21567

\*\*\*\*\*

Alla Direzione Gestione Risorse Umane  
Azienda Ospedaliera Moscati  
SEDE

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità che nei giorni di seguito indicati:

[01] [02] [03] [04] [05] [06] [07] [08] [09] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16]  
[17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31]

relativi al mese di \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ha prestato servizio nella fascia oraria  
**12,30 – 14,30** per un totale di n° \_\_\_\_\_ giorni, assicurando per ogni giorno indicato un minimo  
di **5 ore** lavorative.

Dichiara, inoltre, di aver prestato servizio nei giorni \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ con turni orari notturni pari o superiori ad **ore 8,00**

Il Sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che per ogni Ticket ritirato sarà effettuata in  
busta paga la ritenuta di € 1,03 come previsto dalle vigenti disposizioni contrattuali.

Avellino, \_\_\_\_\_

In Fede  
\_\_\_\_\_

### SPAZIO PER LA DELEGA

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ delega

il Sig. \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_ al ritiro dei propri Buoni Pasto

Avellino, \_\_\_\_\_

In Fede  
\_\_\_\_\_