

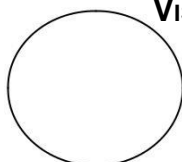
ANNO

SEDE:

QUALIFICA SEDE:

[] normale = 90 gg. []
disagiata = 120 gg.
[] part. disagiata = 150 gg.

NOMINATIVO DIPENDENTE	FAMILIARI A CARICO	SUPERAMENTO PERIODO ASSENZA CONSENTITO SI - NO	TOTALE GG DI ASSENZA DA RECUPERARE



VISTO per riscontro con la documentazione agli atti dell'ufficio
FIRMA DEL CAPO MISSIONE O DEL
RESPONSABILE DEL PERSONALE