



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Presidio Ospedaliero "V. Fazzi"

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

POLO SALENTO – LECCE -



Lecce ____ / ____ / ____

Al Direttore attività didattiche prof.ti e tirocinio

- SEDE -

Il/la sottoscritto/a _____ Badge N° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

La MANCATA timbratura

IN ENTRATA USCITA

Ora _____ Ora _____

La ERRATA timbratura

IN ENTRATA USCITA

Ora _____ Ora _____

La TIMBRATURA non in sequenza

Del giorno ____ / ____ / ____

E' STATA CAUSATA DA

Lo studente
