

Codice richiesta \_\_\_\_\_

Data Ricezione \_\_\_\_\_

**Richiedente**

Cognome ..... Nome .....

Struttura di Afferenza.....

**Richiesta**

- Stampa transiti mensili individuali mesi di \_\_\_\_\_
  - Stampa riepilogativa individuale giustificativi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - Stampa riepilogativa individuale giornate di malattia nell'ultimo triennio
  - Stampa Ferie residue per CDC \_\_\_\_\_ e Qualifica \_\_\_\_\_
  - Stampa Saldi ore  **positivi**  **negativi**  **tutti**
- Per CDC \_\_\_\_\_ e qualifica \_\_\_\_\_

**Altro:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data consegna**                      **prevista**        ...../...../ 20...        **effettiva**        ...../...../ 20...

**Firma per ricevuta** \_\_\_\_\_

**Relazione**

**Operatore** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_