



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE**
DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE
POLIAMBULATORIO DI CORSO MESSINA
MANCATA TIMBRATURA



REGIONE CALABRIA

Prot. n. _____
del ____/____/____

Spett/le

Ufficio rilevazione presenze
Centro Direzionale "Il Granaio"

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà art. 43 D. P. R. 28/12/2000, n. 445.
Attestazione sostitutiva di mancata timbratura presenza per cause soggettive.

Il sottoscritto/a _____, dipendente di questa
Azienda con la qualifica di: _____ in servizio presso l'U. O. C.
_____ afferente al Dipartimento _____

CONSAPEVOLE

- delle sanzioni penali poste a carico di chi dichiara il falso dall'art. 76 del D. P. R. 445/2000;
- delle sanzioni previste agli artt. 55-quater e 55-quinties nel D. Lgs. n° 165/2001;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che in data _____ non ha potuto effettuare la registrazione della presenza tramite il proprio badge magnetico personale relativamente alla:

- Entrata in servizio mattina
- Uscita dal servizio mattina
- Entrata in servizio pomeriggio
- Uscita dal servizio pomeriggio
- Altro

per la seguente motivazione:

- Dimenticanza del proprio badge personale
- Smarrimento temporaneo del proprio badge personale
- Smarrimento definitivo del proprio badge personale
- Omessa timbratura per mera dimenticanza
- Probabile malfunzionamento del timbratore

DICHIARA INFINE

che il giorno _____ ha comunque regolarmente effettuato il proprio orario di lavoro, autocertificando come sopra le mancate timbrature e dichiarando altresì che tutte le altre timbrature della giornata si sono svolte regolarmente

IL DICHIARANTE

IL DIRETTORE U. O. C.