

ORARI DELLA MISSIONE

NOME E COGNOME _____

Data Missione	Orario di Servizio Giornaliero	Ora Inizio Missione	Ora Termine Missione	Ore di viaggio andata	Ore di viaggio ritorno	Durata pausa pranzo	Durata pausa cena	Ore di straordinario maturate	Ore di MPE/COMP. maturate
Totale Ore									

FIRMA _____

*VISTO : IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL CONTRATTO/CONVENZIONE _____

*(DA FIRMARE IN CASO DI MISSIONI EFFETTUATE SU CONTRATTI E CONVENZIONI)

Il sottoscritto chiede che le ore di lavoro straordinario sopra indicate siano considerate come maggior presenza.

Data _____

Firma _____

VISTO: IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Prof. Ing. Marco Raugi

TRASMETTERE ALLA SEGRETERIA AMMINISTRATIVA PER I RELATIVI ADEMPIMENTI