

COGNOME _____

NOME _____

MESE DI _____ Resp di Rif. _____



mod. M.Q09

GRUPPO S.I.A.S.S

Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	totale	
Luogo di Lavoro																																	ore
																															totale		
Data e firma dipendente																																	

Data e firma dipendente _____

i giorni di assenza vanno indicati
nel seguente modo

Malattia : M

Ferie : F

Infortunio : I

Festività : E

Permesso: P

N.B. Da restituire il 1 di ogni mese al proprio responsabile o a mezzo fax al numero 049/8932284
