ISSITALIA

IMPRESA SERVIZI SPECIALI APPALTI PULIZIE

COGNOME _____ mod. M.Q09

NOME _____

MESE DI _____ Resp di Rif. _____

Data / Luogo di Lavoro	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 ore

totale

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 049/62.71.29 o al numero 049/89.32.326
o a mezzo e mail all'indirizzo ufficiopaghe@issitalia.pd.it