

**RICHIESTA COMPENSO DOCENZE**  
**(DOCENTI INTERNI)**

- DIDATTICA FORMALE
- ATTIVITA' SEMINARIALE
- COMPLEMENTO ALLA DIDATTICA

Insegnamento: \_\_\_\_\_

ANNO DI CORSO \_\_\_\_\_ SEMESTRE \_\_\_\_\_ A. A. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita (gg.mm.aa.) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dipendente dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Luigi di Orbassano (TO):

Profilo: \_\_\_\_\_

S.C. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ ore a €. 5.16= (in orario di servizio) = €. \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ ore a €. 25.82= (fuori orario di servizio) = €. \_\_\_\_\_

**TOTALE** €. \_\_\_\_\_

◆ **DA ACCREDITARE SULLO STIPENDIO**

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, che quanto dichiarato è corrispondente a verità e che le ore per le quali si richiede il pagamento di euro 25.82 risultano effettivamente svolte fuori orario di servizio verificato dai relativi tabulati di presenza.

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

Preso visione che le suddette ore richieste in pagamento sono state effettivamente svolte, si autorizza.

*Il Coordinatore*  
*Dott.ssa Adriana COLOMBO*

*Il Presidente*  
*Prof. Luca OSTACOLI*

