



Università degli Studi di Udine

Alla Ripartizione Economale
Sede

COGNOME E NOME _____

AFFERENZA _____ **TEL** _____

Dichiaro di aver svolto lavoro straordinario di almeno 3 ore il:

Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___

Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___

Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___

Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___

Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___

Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___ Giorno ___/___/___

Totale giorni _____

Si richiedono pertanto n. _____ buoni pasto.

Firma del dipendente

Data _____