Allegato “B”

* COMUNE DI CAPITIGNANO*

*C.A.P. 67014 Provincia dell’Aquila* - P.zza Municipio, 1

# Telefono 0862 905463 fax 0862 905158 –P.I. 00164280661

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA SMART WORKING** | | | | | |
| Dipendente |  | | Categoria | |  |
| Ufficio |  | Mansione | | | |
| Settimana | Dal al | | | | |
| Giorno | Attività svolta | | | Firma  dipendente | |
| Lunedì  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | |  | |
| Martedì  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | |  | |
| Mercoledì  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | |  | |
| Giovedì  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | |  | |
| Venerdì  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | |  | |
| Sabato  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | |  | |
| Eventualipermessi | □ Permesso breve □ ROS □ Art.32 CCNL □ Art. 35 CCNL | | | Dalle  Alle \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Data | Firma Responsabile del Servizio | | | | |