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 | Firmadipendente |
| Lunedì\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Martedì\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Mercoledì\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Giovedì\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Venerdì\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Sabato\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Eventualipermessi | □ Permesso breve □ ROS □ Art.32 CCNL □ Art. 35 CCNL | Dalle Alle \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Data | Firma Responsabile del Servizio |