



Viale Istria, 1  
76123 ANDRIA (BT)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI TIMBRATURA

Si certifica che il Sig./ la Sig.ra ....., dipendente della Società Sanitaservice Asl Bat Srl, prestante servizio presso il P.O. di ....., al reparto ....., in data ..... Ha prestato regolare servizio dalle ore ....., alle ore ....., omettendo di compiere la registrazione elettronica per: (barrare una casella)

- Dimenticanza Badge
- Malfunzionamento dispositivo
- Altro (specificare) .....

Firma del dichiarante

Firma del responsabile

.....

.....

**SANITASERVICE ASL BAT S.r.l.** – Società soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BT

**Sede legale:** 76123 Andria (BT) – Via Fornaci 201

**Sede amministrativa:** c/o Ospedale L. Bonomo 76123 Andria (BT) – Viale Istria 1 – T. +39 0883 959753 F. +39 0883 299268

**Capitale Sociale:** Euro 120.000 i.v. – CF e PI: 07026330725 – REA: BA-526182

**E-mail:** segreteria@sanitaserviceaslbat.it

**PEC:** segreteria@pec.sanitaserviceaslbat.it