

**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO**

STRUTTURA ORG.VA \_\_\_\_\_

RIDUZIONI DI STIPENDIO PER SCIOPERO INDETTO IL \_\_\_\_\_

MATRICOLA	NOMINATIVO	NUMERO GIORNI	NUMERO ORE	NOTE

Data \_\_\_\_\_

**Il Responsabile della Struttura**

\_\_\_\_\_