

**Al Dipartimento Salute Mentale  
e Dipendenze Patologiche**

**c.a.      Unità Amministrativa Area .....**

Oggetto : invio compensi utenti in Tirocinio Formativo e di Orientamento

**per il mese di .....anno.....**

**UOS/UOSD .....**

| <b>Cognome e nome</b> | <b>Compenso orario</b> | <b>Giorni frequenza</b> | <b>Ore lavorate</b> | <b>Importo €</b> | <b>Note</b> |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|-------------|
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
|                       |                        |                         |                     | 0,00             |             |
| <b>TOTALE</b>         |                        |                         |                     | <b>0,00</b>      |             |

(data)

**L'Operatore Referente**

.....

(firma)

**Il Responsabile UOC/UOSD**

.....

(timbro e firma)

Riproducibile nella versione MS Excel, con calcolo automatico degli importi in euro.