Denominazione Ditta/Timbro azienda

FOGLIO PRESENZE n. _____ **FILIALE/REPARTO**

PERIODO _____ _____

REGISTRO PRESENZE PER FORNITURA DATI AL CONSULENTE DEL LAVORO - PER LIBRO UNICO DEL LAVORO - Art. 39 L.133/2008

N. ord	Cognome e nome Qualifica		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOT. O	TOT. S	TOT. A
1		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
2		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
3		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
4		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
5		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
6		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
7		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
8		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
9		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-
10		O																															-		
		S																																-	
		A																																	-

Annotazioni _____

LEGENDA CODICI DA INDICARE SULLE CASELLE DELLE PRESENZE

LEGENDA RIGHE

O = Ore Ordinarie (indicare n° ore per operai)
O = Ore Ordinarie (indicare P per impiegati)
S = Ore Straordinarie (indicare n° ore)
A= Altro indicare ===> Indicare giusticativo

GIUSTIFICATIVO - *Codice*

AI	Assenza non retribuita	**FS**	Festivo	**MO**	Malattia ospedaliera	**PL**	Permesso lutto	**SN**	Straord,. Notturno in turni
AL	Allattamento	**IN**	Infortunio	**MT**	Maternità obbligatoria	**PN**	Permessi non retrib.	**SO**	Sospensione non retribuita
AP	Aspettativa non retrib.	**LN**	Lavoro notturno	**PE**	Permessi elettorali	**PR**	Permesso retribuito	**SR**	Sospens.retribuita cautelare
CM	Congedo matrimoniale	**LS**	Lavoro suppl. (solo per part-time)	**PF**	Permessi retrib. Ex Fest.	**RL**	Riduz. Orario lav. Goduta	**ST**	Straordinario
DS	Donatori sangue	**MA**	Malattia	**PG**	Perm.3 gg. mese disabili	**SC**	Sciopero	**VM**	Permesso per visita medica
FE	Ferie godute	**MF**	Maternità facoltativa	**PH**	Perm. 24 ore disabili	**SF**	Straordinario festivo		

PER INFORMAZIONI ED INVIO:

STUDIO RAG. F. CANDIDO
- Email
segreteria@studiofrancescocandido.it
- Tel. 0362-364496
- Fax. 0362-451184