



**Al Capo dell'Ufficio Servizi  
Generali Area MSA**

**uff.servgenmsa@unina.it**

..l.. sottoscritt \_\_\_\_\_, docente afferente al Dipartimento di \_\_\_\_\_, comunica di aver ricevuto l'autorizzazione a permanere e/o ad entrare nel Dipartimento al di fuori dell'orario di servizio, ovvero nei giorni e nelle ore indicate al fianco di ciascun collaboratore, per le seguenti esigenze:

---

---

COGNOME	NOME	GIORNI	DALLE ORE	ALLE ORE

Il personale sopra indicato si impegna a portarsi all'ingresso del Complesso nell'ora indicata.

Napoli, \_\_\_\_\_

Il Docente Responsabile \_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento \_\_\_\_\_