

INFORME

Mod. DP 26 SERVICIOS EXTRAORDINARIOS

Empleado:

DNI:

Puesto de trabajo:

Delegación, Unidad o Servicio:

Horas extraordinarias: A COBRAR

Funcionario: ☐

Laboral: ☐

Breve descripción de trabajos:

Informe de Incidencias/Acumulados

**CORTAR Y PEGAR INCIDENCIAS / ACUMULADOS
TRIMESTRALMENTE**

Los servicios extraordinarios a los que se refiere este informe, han sido realizados por el interesado/a previamente solicitados e informados por esta Delegación.

Se han obtenido la preceptiva autorización de Recursos Humanos el día/...../.....

Fdo.: Responsable del Servicio

Fdo.: Concejal/a Delegado/a