

## Organigramma 2024

**Denominazione servizio/struttura:**

**Ente:**

**Tipologia servizio/struttura:**

N°	COGNOME NOME	CODICE FISCALE	CODICE COMUNICAZIONE UNILAV	TITOLO DI STUDIO	MANSIONE	TEMPO PIENO N. ORE SETTIMANALI IMPIEGATE	DATA DECORRENZA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Data: \_\_\_\_\_

Quanto sopra descritto si dichiara ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Firma e Timbro