



RICHIESTA PAGAMENTO PRESTAZIONI DI LAVORO STRAORDINARIO DIRIGENZA AREA SANITA'

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome) matricola _____

assegnato all'Unità Operativa _____ cdc _____

ha effettuato lo straordinario nell'Unità Operativa (se diversa da quella di assegnazione):

_____ cdc _____

CHIEDE

il pagamento dello straordinario per fronteggiare la seguente situazione di lavoro eccezionale:

- ☐ necessità di copertura di un'assenza improvvisa e/o prolungata e non sostituita
- ☐ recupero di attività a fronte di guasto di apparecchiatura tecnica
- ☐ recupero di sedute operatorie per il mantenimento delle liste di attesa
- ☐ recupero dei tempi di attesa per attività ulteriore rispetto ai volumi negoziati
- ☐ situazioni di emergenza (es. attivazione piani di emergenza, grandi eventi, etc)
- ☐ obiettivi aziendali, con tempistiche contingenti e non programmabili (coordinamento attività, richieste di rendicontazione,...)

Per ore: _____ effettuate nel giorno _____

Criteri applicativi

In presenza di richieste superiori alla disponibilità, la priorità verrà riconosciuta alle situazioni di eccedenza oraria superiore. Il pagamento viene effettuato a cadenza quadrimestrale, previo monitoraggio delle richieste pervenute.

Firma del richiedente

Firma del Direttore dell'Unità Operativa
