

Al Direttore Generale
 A.S.L. n. 1 di Sassari

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE AZIENDALI

Oggetto: Richiesta prestazioni aggiuntive Aziendali per i mesi da _____ a _____ anno _____

 Struttura richiedente SC/SSD i
 IL DIRETTORE Dott.

PROGRAMMAZIONE MENSILE (massimo tre mesi)

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni	Fonte di finanziamento	N. professionisti
Dirigente medico		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni	Fonte di finanziamento	N. professionisti
Dirigente medico		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni	Fonte di finanziamento	N. professionisti
Dirigente medico		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	
		Servizi essenziali –LEA	Bilancio Aziendale	

Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica dell'attività

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che effettuata una programmazione congrua ed appropriata dell'orario di servizio, (turnazione, orario flessibile, etc.) è costretto ad utilizzare l'istituto delle prestazioni aggiuntive necessarie per rispondere alle esigenze assistenziali volte ad assicurare i livelli essenziali di assistenza.

Dichiara che non utilizzerà l'istituto delle prestazioni aggiuntive per colmare l'eventuale esubero di ore di straordinario dei propri collaboratori.

 Il Direttore delle Struttura Richiedente
 Firma _____

Il Direttore del Dipartimento/Distretto/P.O.

Firma _____

Parere relativo al solo personale afferente alle S.C. Area della Professione Infermieristica e Ostetricie /S.C. delle professioni Tecniche Sanitarie

I.F.O Tecnici di Radiologia e Laboratorio

Firma _____

I.F.O. Professionisti della salute e Infermieri

Firma _____

Il Dirigete S.C. Area della Professione Infermieristica e Ostetricie / S.C. delle professioni Tecniche Sanitarie

Firma _____

SI AUTORIZZA

Il Direttore Sanitario

Firma _____

Il Direttore Amministrativo

Firma _____

 IL DIRETTORE GENERALE ASL Sassari
 Dott. Flavio Sensi _____