

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 _____