

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 Strutture Richiedente  
 Firma \_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento/Distretto/P.O.

Firma \_\_\_\_\_

**o personale afferente alle S.C. Area  
 infermieristica e Ostetriche /S.C. delle  
 Sanitarie**

ogia e Laboratorio

ella saluti e Infermieri

 ella Professione Infermieristica e  
 professioni Tecniche Sanitarie

tore Amministrativo