

Al _____

Oggetto: **AUTORIZZAZIONE⁽¹⁾ PLUS ORARIO SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI**

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

dichiara, in qualità di responsabile di _____

di aver autorizzato il/la dr./dr.ssa _____

allo svolgimento di ore in plus orario per i seguenti motivi: _____

nei giorni ed orari di seguito indicati:

- giorno _____ / _____ / _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____
- giorno _____ / _____ / _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____
- giorno _____ / _____ / _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____
- giorno _____ / _____ / _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____
- giorno _____ / _____ / _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____
- giorno _____ / _____ / _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____

Data _____

Timbro e firma del Responsabile

Data _____

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

Data _____

Timbro e firma del Direttore di Presidio Ospedaliero o
Coordinatore Sanitario dei Servizi Territoriali

⁽¹⁾ In assenza dell'autorizzazione preventiva non è consentito effettuare l'attività in plus orario.