

Al _____

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

dichiaro, in qualità di responsabile di _____

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

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

nei giorni ed orari di seguito indicati:

Presso presidio _____ giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____

Presso presidio _____ giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____

Presso presidio _____ giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____

Presso presidio _____ giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____

Presso presidio _____ giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ = tot. ore _____

Presso presidio _____ 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.