

AUTORIZZAZIONE⁽¹⁾ PLUS ORARIO MEDICI PER LA MEDICINA DEI SERVIZI

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

dichiara, in qualità di responsabile di _____

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

medico della medicina dei servizi presso la Struttura _____

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

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