



RICHIESTA PAGAMENTO PRESTAZIONI DI LAVORO STRAORDINARIO DIRIGENZA AREA SANITA'

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome) matricola _____

assegnato all'Unità Operativa _____ cdc _____

ha effettuato lo straordinario nell'Unità Operativa (se diversa da quella di assegnazione):

_____ cdc _____

CHIEDE

il pagamento dello straordinario per fronteggiare la seguente situazione di lavoro eccezionale:

- necessità di copertura di un'assenza improvvisa
- recupero di attività a fronte di guasto di apparecchiatura tecnica
- recupero di sedute operatorie per il mantenimento delle liste di attesa
- recupero dei tempi di attesa per attività ulteriore rispetto ai volumi negoziati
- situazioni di emergenza (es. attivazione piani di emergenza, grandi eventi, etc)
- obiettivi aziendali, con tempistiche contingenti e non programmabili (coordinamento attività, richieste di rendicontazione,...)

Per ore: _____ effettuate nel giorno _____

Criteri applicativi

1. I criteri sopra descritti valgono per l'anno 2024, in prima applicazione, e verranno sottoposti al riesame dell'Organismo paritetico per l'innovazione, per la definizione dei criteri applicativi a regime.
2. Per l'anno 2024 la disponibilità complessiva sui Fondi contrattuali per il pagamento di lavoro straordinario, nelle situazioni di lavoro eccezionali sopra indicate, è di € 100.000, pari a circa nr. 3.000 ore/anno. In presenza di richieste superiori alla disponibilità, la priorità verrà riconosciuta alle situazioni di eccedenza oraria individuale superiore

Firma del richiedente

Firma del Direttore dell'Unità Operativa
