



**MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE
AL LAVORO STRAORDINARIO**

_____, lì _____
(luogo) (data)

**All'Ufficio Rilevazione Presenze
del Dipartimento Gestione Risorse Umane
Distretto di _____**

A fronte di urgenti necessità di servizio determinate da

(indicare la specifica motivazione della richiesta di lavoro straordinario)

il / la Sig./a _____ matricola n. _____
(nome e cognome)

con la qualifica di _____

a tempo indeterminato / determinato (cancellare la voce che non interessa), in servizio presso

(Struttura / Ospedale/ Servizio / Dipartimento)

sede di _____

E' AUTORIZZATA A PRESTARE ATTIVITA'

DI LAVORO STRAORDINARIO NEL GIORNO _____

IL COORDINATORE/RESPONSABILE DELL'U.O.

N.B:Tale autorizzazione deve essere redatta ogni volta si rende necessario l'intervento straordinario.

La motivazione non deve essere generica.

**IL PRESENTE MODULO DEVE PERVENIRE ALL'UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE
DISTRETTUALE DIRETTAMENTE DAL COORDINATORE/RESPONSABILE
DELL'UNITA' OPERATIVA ENTRO IL GIORNO 5 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO
DI EFFETTUAZIONE DELL'ATTIVITA'.**