



*Alla Direzione Professioni
Sanitarie e Sociali
PG23- Sede*

OGGETTO: **Richiesta di** riconoscimento economico per prestazioni Legge 1/2002 "SIRCHIA".

Unità Operativa: _____

In base alla disponibilità del fondo, si chiede il pagamento della prestazione effettuata

in data/...../..... dalle ore alle **per un totale di** ore

turno coperto: mattino pomeriggio notte

operatore disponibile: _____ **matricola** _____

Data: _____ **Firma dell'operatore disponibile:** _____

----- COMPILAZIONE A CURA DEL COORDINATORE -----

Matricola e iniziali Cognome e Nome del dipendente assente:

Motivazione dell'assenza: _____

Data e ora della chiamata in servizio del sostituto:/...../..... Ora:.....

data ___ / ___ / _____ *firma del Coordinatore* _____

data ___ / ___ / _____ *firma del Responsabile DPSS* _____

- | |
|--|
| <p>Note</p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Le modalità operative sono descritte nel "Regolamento per la gestione dei rientri urgenti in servizio a causa di assenza improvvisa" allegato all'accordo sindacale aziendale del 10-9-2008 "Regolamento attuativo legge 1 del 8/1/2002".</i>▪ <i>Timbrare la prestazione con la causale specifica (n° 12 del rilevatore)</i>▪ <i>Inviare entro le settimana successiva alla prestazione, conservare una copia.</i> |
|--|