



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
N° 1 DI AGRIGENTO**

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - Tel. 0922 407111
P.Iva e C.F. 02570930848

U.O.C. Servizio Risorse Umane

UFFICIO C.R.A.P. Aziendale

Responsabile del Procedimento: _____

Tel: 0922/407300-301-302-303-479-481 - Fax: 0922/402479

Web: www.aspag.it E-mail: crap@aspag.it

Prot.n. 0049441/Crap del 24/03/2025

AVVISO

Al Personale Dipendente

Agli Uffici Rilevazione Presenze

e.p.c. All'UOC Provveditorato

Al Direttore Generale

Al Responsabile dell'Ufficio Comunicazione

Oggetto: comunicazione -riferimento rilascio card e conguaglio numero buoni pasto da aprile a dicembre 2024.

In riferimento alla distribuzione delle card con relativo numero dei buoni maturati per il periodo da aprile a dicembre 2024 si invitano i dipendenti che non hanno ricevuto la card o che il numero dei buoni non corrispondono ai buoni maturati in riferimento al regolamento, a compilare il modello "A" (conguaglio buoni e richiesta card) da trasmettere all'Ufficio Rilevazione Presenze di appartenenza.

Quanto sopra al fine di conguagliare il numero dei buoni in positivo/negativo distribuiti con la card e per la richiesta della card.

La presente comunicazione viene trasmessa al Responsabile dell'Ufficio Comunicazione per la pubblicazione sito web dell'ASP.

Il Referente Tecnico Ufficio CRAP Aziendale
Titolare di Posizione Organizzativa
Collaboratore Amministrativo
Dott. Salvatore Casalicchio

Il Dirigente Amministrativo
UOS Stato Giuridico
Dott. Giuseppe Schifano

Il Direttore UOC Servizio Risorse Umane
Dott. Massimo Petrantoni

MATRICOLA	COGNOME	NOME	PROFILO DI APPARTENENZA
IN SERVIZIO PRESSO	DA TRASMETTERE ALL'UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE DI APPARTENENZA P.O. /DSB DI:		

RIPORTARE X

COMUNICO DI NON AVER RICEVUTO LA CARD

MESE DI RIFERIMENTO	N. BUONI CONSEGNATI CON LA CARD	N. BUONI MATURATI	N. BUONI DA CONSEGNARE DA APRILE A DICEMBRE 2024	ANNOTAZIONI
aprile-24				
maggio-24				
giugno-24				
luglio-24				
agosto-24				
settembre-24				
ottobre-24				
novembre-24				
dicembre-24				
TOTALE N. BUONI				

DATA

FIRMA DEL DIPENDENTE

FIRMA PER PRESA VISIONE IL
RESPONSABILE DELL'U.O. DI
APPARTENENZA