



**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. 77593 /Crap del 12/05/2025

Trasmessa solo tramite mail

Al Personale dipendente del Comparto

e p.c.

Al Direttore Generale

Al Direttore Amministrativo

Al Direttore Sanitario

Agli Uffici Rilevazione Presenze

Oggetto: indicazioni operative-fruizione riposo compensativo "Banca delle ore"- Personale dipendente Comparto.

In riferimento all'art. 5 del Regolamento sull'orario di lavoro, approvato con deliberazione n. 855 del 07/05/2024, relativo alla fruizione delle ore di riposo compensativo "Banca Ore" personale del Comparto, si trasmette, in allegato, modello di richiesta (RIPOSO COMPENSATIVO -BANCA DELLE ORE).

*Si rappresenta che, il dipendente per usufruire delle ore relative alla banca ore potrà richiedere il riposo compensativo solo per le ore **in positivo** che risultano dal tabulato delle presenze nel campo =**Saldo Definitivo**.*

Si fa presente che, le ore fruito come riposo compensativo "banca ore" verranno defalcate dal saldo definitivo e dal totale della banca ore.

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



**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

DA TRASMETTERE ALL'UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE DI APPARTENEZA TRAMITE MAIL

All'Ufficio Rilevazione Presenze del :

MODELLO DI RICHIESTA (BANCA DELLE ORE)

**RICHIESTA RIPOSO COMPENSATIVO AI SENSI DELL'ART. 5 DEL REGOLAMENTO
AZIENDALE DEL COMPARTO "ORARIO DI LAVORO"**

Il sottoscritto _____ Matricola n. _____ in servizio c/o
_____ con il profilo professionale di: _____

dipendente del **comparto** con contratto a tempo () indeterminato () determinato.

Considerato che, come si evince dal tabulato delle presenze allegato, risulta un saldo:

- di n. _____ ore relative al "**Totale banca ore**" del mese di _____ / anno _____;

- di n. _____ ore relative al "**Saldo definitivo**" del mese di _____ /anno _____

CHIEDE

di usufruire di un **riposo compensativo relativo alla banca ore** nel giorno _____ dalle
ore _____ alle ore _____ pari ad ore _____, ai sensi dell'art. 5 (banca delle ore) del Regolamento
Aziendale sull'orario di lavoro del **comparto** approvato con deliberazione n. 855 del 07/05/2024 da
scomputarsi dal relativo conto individuale della banca delle ore e del saldo definitivo.

**(N.B. SI POSSONO RICHIEDERE RIPOSI COMPENSATIVI SOLO PER LE ORE IN
POSITIVO RIPORTATE NEL "SALDO DEFINITIVO" DEL MESE DI RIFERIMENTO)**

Data della richiesta

Il/La dipendente

VISTA LA RICHIESTA DEL DIPENDENTE

() si autorizza () non si autorizza per esigenze di servizio

Data _____

Il Dirigente U.O.
