



**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

Prot. nr. _____ del _____

OGGETTO: "RICHIESTA RIPOSO COMPENSATIVO O PAGAMENTO LAVORO STRAORDINARIO SU ORE FESTIVE INFRASETTIMANALI LAVORATE"

All'Ufficio Rilevazione Presenze del

P.O. DI: _____

DSB DI: _____

e-mail: _____

Al Direttore dell'U.O. _____

(n.b. di appartenenza del dipendente)

e-mail: _____

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

Qualifica Professionale di _____ in servizio presso l'U.O.

_____ sede di _____

recapito telefonico: _____ MAIL: _____

CHIEDE

Ai sensi dell'articolo 45 e 106 del CCNL del 02.11.2022 Comparto Sanità ed in relazione alla giornata festiva infrasettimanale lavorata il _____ dalle ore _____ alle ore _____ Totale Ore _____

() il compenso per lavoro straordinario, con la maggiorazione per il lavoro festivo;

ovvero

() il riposo compensativo da usufruire in data ____/____/_____ per numero ore _____

IL RICHIEDENTE

Firma del dipendente

N.B. (da trasmettere, entro 30 giorni, tramite mail all'Ufficio Presenze di appartenenza e al Direttore dell'U.O. di riferimento completo di protocollo e firma del richiedente).