



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede Legale: Viale Della Vittoria 321 – P.Iva e C.F. 02570930848

U.O. : _____ Servizio : _____

Prot. n° _____ del _____

All'Ufficio Rilevazione Presenze
del _____ di _____

Oggetto: richiesta di riposo compensativo.

___ l ___ dipendente _____ Matricola n° _____,
in servizio _____ chiede il permesso di assentarsi
dal _____ al _____ per complessivi giorni _____ totale ore _____

come riposo compensativo avendo prestato attività lavorativa:

1. () NEI GIORNI:

giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	totale ore _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	totale ore _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	totale ore _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	totale ore _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	totale ore _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	totale ore _____

Totale complessivo delle Ore _____

2. () NELL'ANNO _____ come da autorizzazione allegata Prot. n. _____ del _____.

Si dichiara che le ore di cui al punto 1) o 2) sono state preventivamente autorizzate, non sono state liquidate come lavoro straordinario e non scaturiscono dal quarto d'ora di flessibilità in entrata e in uscita previsto dal regolamento Aziendale.

_____ Li _____

Firma del dipendente

RISERVATO AL RESPONSABILE DELL'U.O.

Si autorizza la fruizione delle ore di prestazione extra precedentemente autorizzate in riposi compensativi.

Data _____

IL RESPONSABILE DELL'U.O.
(timbro e firma)

❖ N.B. NON VERRANNO REGISTRATE LE RICHIESTE SE NON DEBITAMENTE COMPILATE E DI COMPLETA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA.