

SCHEMA PROSPETTO RIEPILOGATIVO

LIQUIDAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Al Direttore Sanitario aziendale
Dott. Gregorio Colacicco
Sede

Il/La sottoscritto dott./ssa _____, Direttore della U.O. _____ (ovvero responsabile dell'attività aziendale di IVG, Medicina Iperbarica etc.), in relazione alle prestazioni aggiuntive autorizzate dal Direttore Sanitario aziendale con nota prot. n. _____ del _____,

chiede
la liquidazione dei compensi per il periodo sotto indicato

Mese di _____ (o trimestre _____)

Matricola	Cognome	Nome	N. turni	N. ore totali	Tariffa oraria	Totale compenso

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui incorre in caso di dichiarazioni false o incomplete, dichiara che, nel periodo di riferimento:

- 1) è rimasta immutata la carenza organica che ha determinato il ricorso alle prestazioni aggiuntive
- 2) non vi è stato inserimento in dotazione organica di nuove risorse umane (ovvero è stato inserito altro personale che ha determinato una parziale/totale riduzione delle carenze. Nel caso spiegare brevemente perché la/le nuova/e risorsa/e non hanno determinato il superamento delle criticità assistenziali e di continuità dei servizi)
- 3) le prestazioni aggiuntive sono state rese al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale;
- 4) ha svolto attività aggiuntiva unicamente il personale medico a rapporto esclusivo
- 5) sono state rispettate tutte le restanti prescrizioni delle note operative allegate alla delibera n. 1452/2020 come integrata e modificata con delibera n. _____ del _____.

Il Direttore della U.O. _____ o il Responsabile di Attività Aziendale (IVG etc.)

Visto il Direttore del Dipartimento delle Direzioni Mediche dei PP.OO.

Visto il Direttore Sanitario aziendale