RICHIESTA DI ATTIVAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE – AREA COMPARTO

SC INTERESSATA _____

Presidio Ospedaliero/Struttura Territoriale

_____

Titolo dell'attività: _____

La presente attività è:

- ○ Nuova proposta
- ○ Prosecuzione di iniziativa già approvata in precedenza

Obiettivi iniziativa (indicazione delle motivazioni determinanti la necessità di attivazione) e tipo di prestazione erogata:

_____

_____

_____

Durata dell'iniziativa dal _____ al _____

Personale coinvolto suddiviso per qualifica:

- ○ Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere n. ore_____
- ○ Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico di Radiologia Medica n.ore _____
- ○ Altro n.ore _____

Tipologie di prestazioni aggiuntive previste nel periodo di durata dell'iniziativa:

_____

Data _____

Il Dirigente Responsabile della SC Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS)

Dott. _____ Firma _____

Riservato a SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane:

Spesa complessiva presunta per il periodo di durata dell'iniziativa

Costi del personale suddiviso per qualifica:

- Dirigenti

  Euro _____

Data _____

Il Dirigente Responsabile della SC Dott._____ Firma_____

Per approvazione iniziativa:

La Direzione di riferimento (Direzione Sanitaria o Direzione Sociosanitaria)

☐ PARERE FAVOREVOLE

☐ PARERE NON FAVOREVOLE motivazione_____

Data _____ Firma _____