RICHIESTA DI ATTIVAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE – AREA DIRIGENZA SANITA'

SC INTERESSATA _____

Presidio Ospedaliero di _____

Titolo dell'iniziativa: _____

La presente iniziativa 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 _____

Impegno in termini di ore/prestazioni richiesto al personale che ha aderito al progetto:

_____

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

_____

Data _____

Il Dirigente Responsabile della SC Dott._____ Firma_____

Il Direttore del Dipartimento 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:

Il Dirigente Responsabile della SC Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri

☐ PARERE FAVOREVOLE

☐ PARERE NON FAVOREVOLE motivazione_____

Dott. _____ Firma _____

La Direzione di riferimento (Direzione Sanitaria o Direzione Sociosanitaria)

☐ PARERE FAVOREVOLE

☐ PARERE NON FAVOREVOLE motivazione_____

Data _____ Firma _____