RICHIESTA RICONOSCIMENTO ECONOMICO DI MAGGIORE ORARIO
(ai sensi dell'art. 29 dell'A.C.N. del 04/04/2024)

Il/la sottoscritto/a dr. _____ specialista ambulatoriale interno/professionista in servizio c/o _____

CHIEDE

il riconoscimento economico del maggior orario effettuato nel mese di _____ preventivamente concordato con il Responsabile sotto indicato, presso il distretto di:

☐ Treviso ☐ Asolo ☐ Pieve

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	N. ORE	OSPEDALE/TERRITORIO

Luogo, data _____ _____
(firma dello specialista / professionista)

Luogo, data _____ IL RESPONSABILE/DIRETTORE DI STRUTTTURA

_____
(*timbro e firma*)

Luogo, data _____ IL DIRETTORE DI DISTRETTO/ P.O./DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

_____
(*timbro e firma*)

Trasmettere via PEC a protocollo.aulss2@pecveneto.it
oppure via email a protocollo@aulss2.veneto.it