

Al Direttore / Responsabile struttura di afferenza

ASSENZA PER RECUPERO ORE

Il/la sottoscritto/a dr. _____
 specialista ambulatoriale interno / professionista _____
 con incarico presso questa Azienda ULSS a tempo determinato / indeterminato / provvisorio /
 di sostituzione per la branca di _____,
 presso _____, comunica che sarà assente
 dal _____ al _____ per totali ore _____
 dal _____ al _____ per totali ore _____
 dal _____ al _____ per totali ore _____
 dal _____ al _____ per totali ore _____
 dal _____ al _____ per totali ore _____

Totale n. _____ ore

e che provvederà al RECUPERO CON PROLUNGAMENTO DELL'ORARIO (entro al massimo il mese successivo) come concordato, nei giorni e con il seguente orario:

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per totali ore _____
 il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per totali ore _____
 il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per totali ore _____
 il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per totali ore _____
 il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ per totali ore _____

Totale n. _____ ore

Luogo, data _____

 (firma dello specialista / professionista)

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA

 (timbro e firma)

Trasmettere via email a presenzesai@aulss2.veneto.it

N.B.: questa comunicazione deve essere inoltrata al servizio personale convenzionato per l'elaborazione degli stipendi entro e non oltre il giorno 5 di ogni mese.