



REGIONE CALABRIA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DI VIBO VALENTIA**

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia – Part. IVA 02866420793

Ai Responsabili livello di Direzione SPS  
ASP di Vibo Valentia

Oggetto: **Comunicazione per lavoro straordinario.**

Si chiede l'autorizzazione del lavoro straordinario per il dipendente .....

.....Badge..... profilo professionale

per il ..... dalle ore ..... alle ore ..... (N. ore .....)

presso l'Unità Operativa/Servizio .....

Motivazione della richiesta:         Evento eccezionale         Evento imprevedibile

**Richiedente**

C.P.S.E. ....(Firma.....)

**Valutazione della richiesta**

Titolare P.O. SPS Responsabile.....

Autorizzazione  
 Non autorizzazione

Data ..... (Firma.....)

**Attestazione svolgimento lavoro straordinario**

Si comunica che il suddetto dipendente ha svolto in data ..... n. .... ore di lavoro straordinario dalle ore ..... alle ore.....

Data ..... Firma del C.P.S.E.....

**Richiesta liquidazione/Recupero lavoro straordinario**

Il dipendente .....relativamente alle suddette ore di straordinario chiede:

la liquidazione delle spettanze economiche;  
 l'accredito delle ore quale recupero per il mese di .....

Data ..... Firma del dipendente .....