



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 .....