



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Prot. n. _____ del _____

AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONE IN REGIME DI LAVORO STRAORDINARIO

Si autorizza il dipendente _____, matricola _____ con la qualifica di _____
_____ ad effettuare in data _____
_____ prestazione in regime di lavoro straordinario per il seguente motivo:

Si prevedono n. _____ ore di lavoro straordinario

Data

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Si attesta che il predetto dipendente, per effettuare la prestazione sopra descritta ha effettuato n. _____
ore di lavoro straordinario.

Data

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

AB