**Alla Direzione Sanitaria**

**ASL n°2 GALLURA**

**p.c. Direttore Generale**

SC/SSD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

DIRETTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COORDINATORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO (dal mese al mese) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver effettuato una programmazione congrua ed appropriata dell’orario di servizio e che ciò nonostante, per rispondere alle esigenze assistenziali volte ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, risultano necessarie ore in prestazioni aggiuntive, avendo utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile (straordinario, turnazione, orario flessibile, etc.). Dichiara altresì di non utilizzare l’istituto delle prestazioni aggiuntive per colmare l’eventuale esubero di ore di straordinario dei propri collaboratori. (indicare nello specifico le attività effettuate)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA

FIRMA DIGITALE

FIRMA DIGITALE

FIRMA DIGITALE

**PROGRAMMAZIONE 1 MESE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profilo professionale** | **N. ore** | **Tipologia di prestazioni \*** | **Fonte di finanziamento \*\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*Indicare una delle seguenti tipologie di prestazioni da svolgere in regime di prestazioni aggiuntive:

* Servizi essenziali – LEA;
* Abbattimento liste di attesa;

Se per un profilo professionale si prevedono più tipologie di prestazioni, specificare in righe distinte.

\*\*Indicare una delle seguenti tipologie di Fonte di finanziamento:

* Progetto finanziato (indicando il codice progetto);
* Bilancio Aziendale.

\_

La presente richiesta deve essere inviata al Direttore Sanitario. dopo aver acquisito tutti i pareri necessari.

|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazioni** | **Previsione di incremento % rispetto al mese precedente** |
| Visite ambulatoriali |  |
| Ricoveri ospedalieri RO |  |
| Ricoveri ospedalieri DH |  |
| Altre prestazioni \* |  |

* Specificare Tipologia

**PROGRAMMAZIONE 2 MESE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profilo professionale** | **N. ore** | **Tipologia di prestazioni** | **Fonte di finanziamento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazioni** | **Previsione di incremento % rispetto al mese precedente** |
| Visite ambulatoriali |  |
| Ricoveri ospedalieri RO |  |
| Ricoveri ospedalieri DH |  |
| Altre prestazioni \* |  |

* Specificare Tipologia

**PROGRAMMAZIONE 3 MESE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profilo professionale** | **N. ore** | **Tipologia di prestazioni** | **Fonte di finanziamento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazioni** | **Previsione di incremento % rispetto al mese precedente** |
| Visite ambulatoriali |  |
| Ricoveri ospedalieri RO |  |
| Ricoveri ospedalieri DH |  |
| Altre prestazioni \* |  |

* Specificare Tipologia

Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica delle attività.

PARERE DIREZIONE DI DIPARTIMENTO (solo per le strutture ospedaliere, se attivato) Favorevole \_ (firma digitale)

Contrario (firma digitale) Motivazioni Diniego

PARERE DIREZIONE DI DISTRETTO

Favorevole \_ (firma digitale)

Contrario (firma digitale) Motivazioni Diniego

PARERE COORDINATORE INCARICATO (con riferimento al solo personale del comparto)

Favorevole \_ (firma digitale)

Contrario (firma digitale) Motivazioni Diniego

**PARERE SC AREA DATA MANAGEMENT**

**\*Report disponibilità residua rispetto al budget aziendale (allegato)**

**Favorevole \_ (firma digitale)**

**Contrario (firma digitale)**

**Motivazioni Diniego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Budget** | **Capienza Budget\* (SI/NO)** |
| **BILANCIO AZIENDALE** |  |
| **PROGETTO FINANZIATO** |  |

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE GENERALE

Favorevole \_ (firma digitale)

Contrario (firma digitale) Motivazioni Diniego