Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

Modello **S**

Data _____

Straordinario mese di _____ anno _____ dal _____ al _____

_____
Cognome e Nome

_____ email dipendente

_____ Qualifica

_____ Struttura di appartenenza

_____ Matricola

Giorno	Tipo di straordinario	Dalle ore	Alle ore	Torale ore	Effettuate nella Struttura	Motivo
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
			Totale ore			

Il dipendente	**Coordinatore**	**Posizione Organizzazione**	**Dirigente Infermieristico**	**Direttore di Struttura**	**Direttore Sanitario**

Legenda tipo di straordinario

A2 **Straordinario da monetizzare** **A3** **Straordinario in reperibilità** **91** **Straordinario a banca ore** **211** **Prestazione Aggiuntiva**