

**Al Direzione Generale<sup>(1)</sup>**

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

DIRETTORE \_\_\_\_\_

CENTRO DI RILEVAZIONE <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

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 ciononostante, 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.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DIGITALE

**PROGRAMMAZIONE 1° MESE**

<b>Profilo professionale</b>	<b>N. ore</b>	<b>Tipologia di prestazioni *</b>	<b>Fonte di finanziamento **</b>

\*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.

<sup>1</sup> La presente richiesta deve essere inviata al Direttore Generale, dopo aver acquisito tutti i pareri necessari.

<sup>2</sup> Selezionare il Centro dall'elenco di Piano dei Centri di Rilevazione, presente nell'Intranet Aziendale alla sezione *Dipartimento di Staff – Controllo di Gestione – Documenti e tabelle di supporto*.

<b>Prestazioni</b>	<b>Previsione di incremento % rispetto al mese precedente</b>
Visite ambulatoriali	
Ricoveri ospedalieri RO	
Ricoveri ospedalieri DH	
Altre prestazioni *	

\* Specificare Tipologia

**PROGRAMMAZIONE 2<sup>o</sup> MESE**

<b>Profilo professionale</b>	<b>N. ore</b>	<b>Tipologia di prestazioni</b>	<b>Fonte di finanziamento</b>

<b>Prestazioni</b>	<b>Previsione di incremento % rispetto al mese precedente</b>
Visite ambulatoriali	
Ricoveri ospedalieri RO	
Ricoveri ospedalieri DH	
Altre prestazioni *	

\* Specificare Tipologia

**PROGRAMMAZIONE 3<sup>o</sup> MESE**

<b>Profilo professionale</b>	<b>N. ore</b>	<b>Tipologia di prestazioni</b>	<b>Fonte di finanziamento</b>

<b>Prestazioni</b>	<b>Previsione di incremento % rispetto al mese precedente</b>
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 (solo per le strutture ospedaliere, se attivato)**

Favorevole \_\_\_\_\_ (firma digitale)

Contrario \_\_\_\_\_ (firma digitale)

**Motivazioni Diniego**

**PARERE DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE (con riferimento al solo personale del comparto)**

Favorevole \_\_\_\_\_ (firma digitale)

Contrario \_\_\_\_\_ (firma digitale)

**Motivazioni Diniego**

**PARERE SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO – FLUSSI INFORMATIVI**

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

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

Favorevole \_\_\_\_\_ (firma digitale)

Contrario \_\_\_\_\_ (firma digitale)

**Motivazioni Diniego**

**PARERE DIREZIONE GENERALE**

Favorevole \_\_\_\_\_ (firma digitale)

Contrario \_\_\_\_\_ (firma digitale)

**Motivazioni Diniego**