


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Nord Milano</p>	<p>Richiesta attivazione progetto prestazioni aggiuntive (C.C.CN.L. 19 dicembre 2019 Area Sanità - art. 24, comma 6, e art. 115, commi 2 e 2bis)</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 1 di 2</p>
		<p>ASSTNM-REG-009-AII. 1</p>	

Prestazioni aggiuntive (art. 115, c. 2):

Attività aggiuntiva di turni di guardia notturna (art. 115, c. 2 bis):

U.O. interessata: _____

del P.O. - Poliambulatorio _____

Titolo del progetto:

Obiettivo/i del progetto:

Durata del progetto (decorrenza e scadenza) dal _____ al _____

Personale coinvolto suddiviso per qualifica:

Descrizione della situazione eccezionale e temporanea che rende necessaria l'attivazione del progetto (ad es. attuali tempi di attesa, carenza d'organico, ecc.):

Situazione dell'organico della U.O. (per il personale assente a vario titolo, indicare il motivo dell'assenza, la sua decorrenza e la data del presunto rientro in servizio; per i posti vacanti indicare la data in cui il posto si è reso vacante):


Impegno in termini di ore/prestazioni richiesto al personale che ha aderito al progetto (per ciascuna qualifica):

Spesa complessiva presunta per il periodo di durata del progetto:

a) costi personale suddiviso per qualifica:

b) spese extra progetto - pulizia, servizi correlati all'ampliamento dell'orario:

Numero di prestazioni aggiuntive previste nel periodo di durata del progetto:

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano	Richiesta attivazione progetto prestazioni aggiuntive (C.C.CN.L. 19 dicembre 2019 Area Sanità - art. 24, comma 6, e art. 115, commi 2 e 2bis)	Rev. 0	Pag. 2 di 2
		ASSTNM-REG-009-All. 1	

Il presente progetto:

- è di **nuova proposizione**
- è in **prosecuzione di analogo in precedenza approvato** (allegare una relazione sull'andamento dell'area a pagamento nel periodo precedente autorizzato e sui risultati conseguiti)

PARERE U.O.C. Controllo di Gestione e Programmazione

- parere favorevole
- parere non favorevole

Firma _____

Il Dirigente Responsabile della U.O. C. - dott. _____ (_____)
(firma)

Il Direttore del Dipartimento - dott. _____ (_____)
(firma)

Il Direttore Medico del P.O. _____ - dott. _____ (_____)
(firma)

Il Direttore Sanitario - dott. _____ (_____)
(firma)

Il Direttore Sociosanitario - dott. _____ (_____)
(firma)

data ___/___/20___