



# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Sede Legale:  
Via Renato Paolini, 47  
65124 Pescara  
P.Iva: 01397530682

Prot. ASL Pescara nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Alla UO \_\_\_\_\_  
Alla cortese attenzione del  
Direttore/Dirigente/Coordinatore

E-mail: \_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta riposo compensativo o pagamento straordinario festivo su ore festive infrasettimanali lavorate.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dipendente presso codesta ASL Pescara nel profilo professionale di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ in

servizio presso l'Unità Operativa \_\_\_\_\_ sede

di \_\_\_\_\_, recapito telefonico: \_\_\_\_\_;

CHIEDE

Ai sensi dell'articolo 29, comma 6, del CCNL 2016-2018 Comparto Sanità ed in relazione alla giornata festiva infrasettimanale lavorata il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

- il compenso per lavoro straordinario, con la maggiorazione per il lavoro festivo;  
ovvero  
 il riposo compensativo da usufruire in data \_\_\_\_\_ per numero ore \_\_\_\_\_.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente

SI AUTORIZZA

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Coordinatore o Direttore/Dirigente Responsabile di UO

(trasmettere all'ufficio presenze di afferenza completo di protocollo, della firma del richiedente e della firma di autorizzazione).