

**AL DIRETTORE GENERALE ASL PESCARA
DOTT. D'AMARIO
AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DOTT. CARANO
AL RESPONSABILE GESTIONE RISORSE UMANE
DOTT. MICHITELLI
ALLA RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO
DOTT. _____
Al Responsabile Delle Attività Amministrative Dei
Presidi Ospedalieri Di Pescara, Penne E Popoli C/O Presidio Ospedaliero Pescara
DR. FEDERICO DE NICOLA
Al Direttore Sanitario del P.O. di _____
DOTT. _____
ALLA RESPONSABILE DEL COORDINAMENTO
SERVIZIO INFERMIERISTICO PO PESCARA-PENNE-POPOLI
DOTT.ssa MARIA RITA CACCIAGRANO**

**OGGETTO : Richiesta pagamento in straordinario festivo delle ore di lavoro prestate
in giornata festiva infrasettimanale**

Il / la sottoscritt_ _____

Nat _____ il _____ residente a

_____ in via _____ n_

Tel. Reparto _____ Tel personale _____

dipendente di codesta ASL nel P.O. di _____ in

qualità di _____ Matricola _____

Presso il reparto / servizio di _____ .

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 9 comma 1 del CCNL comparto sanità integrativo 2001 / 2002 il pagamento in straordinario festivo delle ore di lavoro prestate in giornata festiva infrasettimanale nelle seguenti Giorni:

1)Data _____ turno ore _____

2)Data _____ turno ore _____

3)Data _____ turno ore _____

Nel caso di mancato pagamento **entro 30 giorni** successivi alla data di richiesta del pagamento , il/la sottoscritto/a si riserva di agire innanzi alle sedi giudiziarie competenti, con l'ausilio del **Sindacato Nursind. Dichiaro Di Rinunciare al relativo riposo compensativo.**

La presente a valore anche come atto interruttivo di prescrizione .

Ai sensi della legge 241 del 1990

_____ li _____

IL RICHIEDENTE _____

Nb) richiesta da inoltrare entro 30 giorni dal festivo infrasettimanale lavorato