

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**.  
**Dichiara 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**