

## Modulo Richiesta Attività Aggiuntiva

### A Direzione Sanitaria Aziendale

1. Unità Operativa Richiedente: \_\_\_\_\_
2. Direttore/Responsabile Unità Operativa: \_\_\_\_\_
3. N. Ore Settimanali Richieste: \_\_\_\_\_
4. Periodo di Riferimento: \_\_\_\_\_
5. Profili Professionali Coinvolti (n. Dirigenti Medici/ non Medici, Comparto):  
\_\_\_\_\_

**Motivazione Richiesta** (Contrassegnare una delle seguenti opzioni):

- Carenza di Organico**
- Ottimizzare l'uso di risorse Strumentali e Strutturali**
- Incremento attività ordinaria in relazione alla programmazione:**

**Modalità di esecuzione di attività (tipo/volumi di prestazioni da erogare):**

\_\_\_\_\_

- Riduzione Liste d'Attesa (n. prestazioni previste)** \_\_\_\_\_
- Importo Spesa previsto (A cura DMPO)** \_\_\_\_\_

**\*Si certifica che tale richiesta è necessaria non sussistendo la possibilità di ricorrere ad ulteriori Istituti contrattuali.**

Direttore della Direzione Medico di Presidio

Direttore di Dipartimento

Direttore/Responsabile Unità Operativa