Regione Puglia

OSPEDALI RIUNITI

Azienda Ospedaliero – Universitaria

FOGGIA

Modello Adesione Banca Ore

Il Sottoscritto _____

Nome Cognome data di nascita n° matricola

Dipendente a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

Dipendente a tempo ☐ pieno ☐ part-time

Profilo professionale _____

Presso _____

Dipartimento Struttura Ufficio

in riferimento all'istituto della BANCA ORE, ai sensi dell'art. 40 del CCNL integrativo del CCNL del Personale Comparto Sanità 1998/2001 e del regolamento aziendale, approvato con deliberazione n. 96 del 13/06/2014,

COMUNICA

di voler optare (**indicare solo una scelta contrassegnando la relativa casella**):

☐ per la liquidazione delle ore di lavoro supplementare/straordinario prestate oltre il debito orario contrattualmente previsto;

☐ per l'utilizzo delle ore di lavoro supplementare/straordinario prestate oltre il debito orario contrattualmente previsto quali riposo compensative e/o recupero ore.

_____ _____

(data) **(firma leggibile)**