Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso il poliambulatorio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede: il recupero  il pagamento 

delle ore di plus orario effettivamente svolte nel mese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | DALLE | ALLE | N° ORE | MOTIVAZIONE(\*) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(\*) Nella colonna motivazione indicare se plus orario svolto per: a) il protrarsi oltre il tempo di prenotazione della visita (extra moenia ecc.)

b) visita aggiuntiva rispetto alle prenotazioni (bollino verde, pronto soccorso),

c) altro (specificare)

Firma dello specialista/professionista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza

Il Direttore PressT Pot e Specialistica Ambulatoriale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere trasmesso debitamente firmato a G.A.S.S.S. Gestione Amministrativa Medici Convenzionati