

**RICHIESTA RIPOSO COMPENSATIVO O PAGAMENTO STRAORDINARIO  
FESTIVO SU ORE FESTIVE INFRASETTIMANALI LAVORATE**

Prot. nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Alla U.O. \_\_\_\_\_

**Alla cortese attenzione del  
Direttore/Dirigente/Coordinatore**

e-mail: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

prof. professionale di \_\_\_\_\_

in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_, recapito telefonico: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell'articolo 45 del CCNL del 02.11.2022 Comparto Sanità ed in relazione alla giornata festiva infrasettimanale lavorata il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il compenso per lavoro straordinario, con la maggiorazione per il lavoro festivo;

**ovvero**

il riposo compensativo da usufruire in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per numero ore \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente

**SI AUTORIZZA**

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Coordinatore o  
Direttore/Dirigente Responsabile di U.O.

(trasmettere all'ufficio presenze di afferenza completo di protocollo, della firma del richiedente e della firma di autorizzazione).