



ALLEGATO 1

Modulo di adesione/rinuncia alla Banca delle Ore  
(ai sensi degli artt. 47 e 48 CCNL Comparto Sanità 2019/2021)

Alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DATI DEL DIPENDENTE

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

Matricola n.: \_\_\_\_\_

Qualifica/Profilo: \_\_\_\_\_

Struttura/Servizio: \_\_\_\_\_

Recapito e-mail/telefono: \_\_\_\_\_

OGGETTO:

☐ Adesione alla Banca delle Ore a decorrere dall'anno \_\_\_\_\_

☐ Rinuncia alla Banca delle Ore a decorrere dall'anno \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara di:

- aver preso visione del Regolamento Aziendale sulla Banca delle Ore;
- essere consapevole che la Banca delle Ore riguarda esclusivamente ore di lavoro straordinario preventivamente autorizzate, ai sensi degli artt. 47 e 48 del CCNL 2019/2021 del Comparto Sanità;
- accettare le modalità di gestione e utilizzo delle ore come disciplinate dal Regolamento aziendale.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_