



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 _____