ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

MODULISTICA PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Alla Direzione
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ZONA SUD

SC SISP – SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

DIRETTORE DOTT. ANTONIO FRAILIS

CENTRO DI RILEVAZIONE [1] DPS 020 134

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO GENNAIO – MARZO 2021

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che ha effettuato una programmazione congrua ed appropriata dell'orario di servizio e che ciononostante, per rispondere alle esigenze assistenziali volte ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, risultano necessarie ore in prestazioni aggiuntive, avendo utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile (straordinario, turnazione, orario flessibile, etc.).

Dichiara altresì di non utilizzare l'istituto delle prestazioni aggiuntive per colmare l'eventuale esubero di ore di straordinario dei propri collaboratori.

DATA_13/07/2021_
FIRMA FRAILIS ANTONIO Firmato digitalmente da FRAILIS ANTONIO
Data: 2021.07.13 07:45:52 +02'00'

PROGRAMMAZIONE 1° MESE – GENNAIO 2021

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni *	Fonte di finanziamento **
DIRIGENZA MEDICA	260	Emergenza COVID - Vaccini	COVID - VACCINAZIONI (cod. 527)
COMPARTO SANITA'	560	Emergenza COVID - Vaccini	COVID - VACCINAZIONI (cod. 527)
DIRIGENZA MEDICA	60	Emergenza sanitaria Covid	(cod. 509)
COMPARTO SANITA'	50	Emergenza sanitaria Covid	(cod. 509)

*Indicare una delle seguenti tipologie di prestazioni da svolgere in regime di prestazioni aggiuntive:

- Servizi essenziali – LEA;
- Abbattimento liste di attesa;
- Emergenza sanitaria per COVID;
- Emergenza COVID - somministrazione vaccini;
- Emergenza COVID - screening.

Se per un profilo professionale si prevedono più tipologie di prestazioni, specificare in righe distinte.

** Indicare una delle seguenti tipologie di Fonte di finanziamento:

- Progetto finanziato (indicando il codice progetto);
- Emergenza COVID (indicando il codice progetto);
- Bilancio Aziendale.

[1] Selezionare il Centro dall'elenco dl Piano dei Centri di Rilevazione, presente nell'Intranet Aziendale alla sezione *Dipartimento di Staff – Controllo di Gestione – Documenti e tabelle di supporto*.

ATS
Data: 2021-07-13 08:21:09.0, NP/2021/28370

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

MODULISTICA PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

PROGRAMMAZIONE 2° MESE - FEBBRAIO 2021

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni	Fonte di finanziamento
DIRIGENZA MEDICA	125	Emergenza COVID - Vaccini	COVID - VACCINAZIONI (cod. 527)
COMPARTO SANITA'	375	Emergenza COVID - Vaccini	COVID - VACCINAZIONI (cod. 527)
DIRIGENZA MEDICA	80	Emergenza sanitaria Covid	(cod. 509)
COMPARTO SANITA'	130	Emergenza sanitaria Covid	(cod. 509)

PROGRAMMAZIONE 3° MESE - MARZO 2021

Profilo professionale	N. ore	Tipologia di prestazioni	Fonte di finanziamento
DIRIGENZA MEDICA	300	Emergenza COVID - Vaccini	COVID - VACCINAZIONI (cod. 527)
COMPARTO SANITA'	710	Emergenza COVID - Vaccini	COVID - VACCINAZIONI (cod. 527)
DIRIGENZA MEDICA	120	Emergenza sanitaria Covid	(cod. 509)
COMPARTO SANITA'	460	Emergenza sanitaria Covid	(cod. 509)

Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica delle attività.

L'autorizzazione all'espletamento di tali ore è stata accordata, nell'ambito delle misure urgenti per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica COVID 19, relativamente alle prestazioni volte alla somministrazione "Vaccinale" e di "Contact-Tracing" per la prevenzione del diffondersi di tale virus e quindi prevenire i contagi sulla popolazione.

PARERE DELLA DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ZONA SUD

Favorevole BIGGIO ANGELO Firmato digitalmente da BIGGIO ANGELO Data: 2021.07.15 09:46:20 +02'00' **(firma)**

Contrario _____ **(firma)**

Motivazioni Diniego

DATA _____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

MODULISTICA PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

PARERE SC Controllo di Gestione (per le richieste provenienti dai Dipartimenti di Prevenzione e dai Dipartimenti di Salute Mentale)

Budget Macrostruttura	Capienza Budget (SI/NO)	Anticipazione trimestre (SI/NO) *
MACRO 1		
MACRO 4		
MACRO 90		

** Rispetto limite economico finanziario annuale del budget posto dal Bilancio Economico di Previsione*

Richiesta incremento budget (riportare motivazione fornita dalla Macrostruttura):

DATA _____