

Autorizzazione del Direttore della S.C. Area Tecnica Sanitaria e della Riabilitazione

Il/La _____ Direttore della SC
Area Tecnica Sanitaria e della Riabilitazione _____ verificato che l'attività sopra
descritta del dipendente:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | compatibile con i compiti e i doveri del dipendente; |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | compatibile sotto il profilo organizzativo; |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | che l'attività non pregiudica l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste d'attesa; |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | che il dipendente rispetta l'orario di lavoro ordinario settimanale e non si trova in debito orario con l'Azienda |

Esprime parere

- Favorevole
 Non favorevole per le seguenti motivazioni

Data,

(firma del Direttore/Responsabile)