



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Modello B

Parere – Nulla Osta del RAD o in carenza del soggetto abilitato alla programmazione dei turni di lavoro e di pronta disponibilità

Vista la richiesta del dipendente _____ avente profilo di _____ in carico presso questa unità operativa,

Viste in particolare le dichiarate modalità di svolgimento dell'incarico, ossia l'impegno orario settimanale, le giornate e gli orari di svolgimento

Il sottoscritto, _____, nella qualità di RAD cui fa riferimento il predetto dipendente.

O, in alternativa, in carenza di RAD.

Il sottoscritto _____ nella qualità di soggetto abilitato alla programmazione dei turni di lavoro e di pronta disponibilità

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE/NULLA OSTA

Attestando che l'attività da svolgere è compatibile con l'orario di lavoro e di servizio del dipendente e che non è di ostacolo alla programmazione dei turni di lavoro e di pronta disponibilità.

Palermo _____

Timbro e Firma _____

O in alternativa

ESPRIME PARERE SFAVOREVOLE

Per le seguenti motivazioni

Palermo _____

Timbro e firma _____