



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Area Dipartimentale della Gestione delle risorse umane e finanziarie

U.O.C. Gestione del Personale

## AVVISO

- A TUTTI I DIRIGENTI ORDINATORI DI SPESA PER STRAORDINARIO
- A TUTTI I RESPONSABILI DEGLI UFFICI STIPENDI
- A TUTTI I RESPONSABILI DEGLI UFFICI RILEVAZIONI PRESENZE

E p.c. - Al Direttore Generale  
- Al Direttore Amministrativo  
- Al Direttore Sanitario

**OGGETTO: DISPOSIZIONI FINALIZZATE ALL'OMOGENEIZZAZIONE DEL PROCEDIMENTO DI LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DELLO STRAORDINARIO A FAVORE DEL PERSONALE DEL COMPARTO DI QUESTA ASP.**

Al fine di uniformare la modalità di liquidazione e pagamento dello straordinario a favore del personale del comparto di questa ASP, si trasmette in allegato la modulistica di sintesi del relativo iter e delle modalità operative e sequenziali che ciascun ambito dovrà osservare a decorrere dalla mensilità di marzo 2015 (All. A).

Si evidenzia altresì che il citato procedimento è composto dalla seguenti tre fasi interconnesse tra di loro:

1. PARTE RISERVATA AL DIRIGENTE RESPONSABILE (Fase 1);
2. PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE (Fase 2);
3. PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO STIPENDI (Fase 3).

Si precisa infine che il procedimento *de quo* potrà chiudersi positivamente solo in esito all'acquisizione delle necessarie certificazioni/validazioni richieste nella sequenza e con le modalità descritte nell'allegata modulistica.

Potenza, 18/02/2015

F.to Il Dirigente Responsabile  
- Dr.ssa Rosa Colasurdo -

All. c.s.

# DISPOSIZIONE DI LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DI STRAORDINARIO

All.A

## PARTE RISERVATA AL DIRIGENTE RESPONSABILE (FASE 1)

### SI CERTIFICA

- CHE IL PERSONALE DELL'AREA DEL COMPARTO INDICATO NELL'ALLEGATO ELENCO (Allegato 1) E' STATO AUTORIZZATO AD EFFETTUARE IL NUMERO DELLE ORE DI STRAORDINARIO E NEI GIORNI IVI INDICATI, PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI: \_\_\_\_\_;

- CHE E' STATO VERIFICATO IL RISPETTO DEGLI INDIRIZZI E CRITERI GENERALI RELATIVI AL PAGAMENTO DELLO STRORDINARIO DI CUI AL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DEL COMPARTO (art. 34 CCNL 7/4/99 comparto, art. 39 CCNL INTEGRATIVO 98/01 ed art. 11, comma 2, C.C.N.L. 2° B.E. 2000-2001 Comparto) ED AL CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO AZIENDALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO (art. 27), di seguito sintetizzati:

#### INDIRIZZI E CRITERI GENERALI RELATIVI AL PAGAMENTO DELLO STRORDINARIO:

- Il lavoro straordinario non dovuto alla reperibilità non è strumento di gestione ordinaria delle attività facenti capo alle UU.OO. pertanto il ricorso a tale istituto deve essere giustificato da esigenze effettivamente IMPREVEDIBILI, INDILAZIONABILI E NON PROGRAMMABILI;
- Tutte le prestazioni di lavoro straordinario hanno CARATTERE ECCEZIONALE, devono rispondere ad EFFETTIVE ESIGENZE DI SERVIZIO e devono essere preventivamente AUTORIZZATE per iscritto dal Dirigente Responsabile (art. 27 CCIA-ASP);
- l'indennità di P.O. assorbe i compensi per lavoro straordinario (art. 11, comma 2, C.C.N.L. 2° B.E. 2000-2001 Comparto);
- Il ricorso a prestazioni di lavoro straordinario non può superare le 180 ore annuali, elevabili in presenza di PARTICOLARI ed ECCEZIONALI esigenze di servizio, debitamente motivate dal Responsabile del Servizio di appartenenza e previo NULLA-OSTA della Direzione Generale, a 250 ore all'anno per non più del 5% del personale in servizio (art. 34 CCNL COMPARTO 7/4/99, art. 39 CCNL INTEGRATIVO COMPARTO 1998/2001 ed art. 27 CCIA ASP);

- CHE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE È CUSTODITA AGLI ATTI DELL'UFFICIO \_\_\_\_\_ Responsabile del procedimento: \_\_\_\_\_

➤ **LA PRESENTE CERTIFICAZIONE VIENE TRASMESSA ALL'UFFICIO RILEVAZIONI PRESENZE, PER I SEGUITI DI COMPETENZA.**

DATA \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE ORDINATORE DI SPESA \_\_\_\_\_

U.O./STRUTTURA/SERVIZIO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Allegato 1

## PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO RILEVAZIONI PRESENZE (FASE 2)

- VISTA L'ATTESTAZIONE RELATIVA AL PERSONALE INDICATO NELL'ALLEGATO ELENCO

### SI CERTIFICA

- CHE DA CARTELLINO MARCATEMPO E' STATA VERIFICATA L'OSSERVANZA DELL'ORARIO ISTITUZIONALE:  SI  NO  
**(L'ESITO DI TALE VERIFICA VIENE RIPORTATO NELL'ALLEGATO ELENCO);**

- CHE DA CARTELLINO MARCATEMPO RISULTANO RESE LE ORE AGGIUNTIVE PROPOSTE IN PAGAMENTO:  SI  NO  IN PARTE  
**(L'ESITO DI TALE VERIFICA VIENE RIPORTATO NELL'ALLEGATO ELENCO);**

### VALIDAZIONE ORARIO AGGIUNTIVO

L'UFFICIO RILEVAZIONI PRESENZE, IN BASE ALLA CERTIFICAZIONE DEL DIRIGENTE RESPONSABILE ED A SEGUITO DELL'ESITO POSITIVO DELLE SUDETTE VERIFICHE, PROCEDE ALLA VALIDAZIONE DELL'ORARIO AGGIUNTIVO PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATO ED EFFETTIVAMENTE RESO RIPORTATO NELL'ALLEGATO ELENCO, INSERENDO NEL SISTEMA RILPRES IL CODICE-CAUSALE "STRL" IN CORRISPONDENZA DEI GIORNI AUTORIZZATI **(TALE VALIDAZIONE VIENE RIPORTATA ANCHE NELL'ALLEGATO ELENCO);**

***NB:** LA PROCEDURA DI RILEVAZIONE DELLE PRESENZE (RILPRES) TRASFERIRÀ IN AUTOMATICO AL SISTEMA PAGHE (SIGRU) SOLTANTO LE ORE DI STRAORDINARIO PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATE DAL RESPONSABILE, EFFETTIVANTE RESE E SUCCESSIVAMENTE VALIDATE DALL'UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE CON LA CITATA CAUSALE "STRL" (acronimo di "STRAORDINARIO DA LIQUIDARE");*

**SI TRASMETTE ALL'UFFICIO STIPENDI PER I SEGUITI DI COMPETENZA**

E/O

**SI RESTITUISCE AL DIRIGENTE PROPONENTE**

IL RESPONSABILE UFFICIO RILEVAZIONE PRESENZE SEDE DI \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Allegato 1

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO STIPENDI (FASE 3):**

**-VISTA LA CERTIFICAZIONE DEL DIRIGENTE RESPONSABILE E LA SUCCESSIVA ATTESTAZIONE/VALIDAZIONE RESA DALL'UFFICIO PRESENZE, ENTRAMBE RIPORTATE NELL'ALLEGATO ELENCO (ALLEGATO 1),**

**SI CERTIFICA**

**- CHE E' STATO RISPETTATO IL LIMITE INDIVIDUALE ANNUO CONTRATTUALE DELLE 180 ORE:  SI  NO**

**SE  NO**

**- CHE, A SEGUITO DEL SUPERAMENTO DEL CITATO LIMITE INDIVIDUALE ANNUO DELLE 180 ORE E FINO AD UN MASSIMO DI 250 ORE ANNUE,**

**1) E' STATO ACQUISITO IL NULLA-OSTA AL PAGAMENTO DA PARTE DELLA DIREZIONE GENERALE:  SI  NO**

**2) E' STATO ALTRESI' VERIFICATO CHE IL SUPERAMENTO DEL LIMITE DELLE 180 ORE E FINO AD UN MASSIMO DI 250 ORE VIENE CONCESSO PER NON PIÙ DEL 5% DEL PERSONALE IN SERVIZIO:  SI  NO**

**(L'ESITO DI TALE VERIFICA VIENE RIPORTATO NELL'ALLEGATO ELENCO);**

**- CHE E' STATA VERIFICATA LA CAPIENZA DEL RELATIVO FONDO:  SI  NO**

**A SEGUITO DELL'ESITO POSITIVO DELLE SUDETTE VERIFICHE/VALIDAZIONI SI PROCEDE AL PAGAMENTO DELLE ORE DI STRAORDINARIO EFFETTIVAMENTE SPETTANTI E LO SI COMUNICA AL DIRIGENTE PROPONENTE  
(LO STRAORDINARIO PAGATO VIENE RIPORTATO NELL'ALLEGATO ELENCO)**

**E/O**

**A SEGUITO DI ESITO NEGATIVO DELLE SUDETTE VERIFICHE SI RESTITUISCE IL TUTTO AL DIRIGENTE PROPONENTE**

**IL RESPONSABILE UFFICIO STIPENDI SEDE DI \_\_\_\_\_**

**FIRMA \_\_\_\_\_**

**Allegato 1**