

AL DIRETTORE GENERALE

ASP DI SIRACUSA

OGGETTO: ISTANZA di autorizzazione / variazione all'espletamento dell'attività libero professionale INTRAMOENIA all'interno della struttura aziendale

Cognome

Nome

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ ()

il _____ residente in _____ () via _____ n. _____

☎ (cell) _____ @ (email) _____

attualmente in servizio presso l'UOC di _____ ☎ (reparto) _____

☎ (fax reparto) _____ del P.O. _____ di _____

con la qualifica di **DIRIGENTE** _____

a rapporto di lavoro a tempo indeterminato SI NO dal _____

a rapporto di lavoro a tempo determinato SI NO dal _____ al _____

già autorizzato giusta nota prot. n. _____ del _____ SI NO

chiede di poter espletare attività libero professionale intramoenia

nella disciplina di _____

presso i locali _____

nei giorni _____

dalle ore _____ alle ore _____

- **Tipologia delle prestazioni erogabili in regime di A.L.P.I. (uguali a quelle istituzionali) elenco (indicare per singola prestazione il tempo di esecuzione):**

N	PRESTAZIONE	TARIFFA DA CORRISPONDERE AL MEDICO	SUPPORTO DIRETTO SI/NO	TEMPO MEDIO PER PRESTAZIONE	TARIFFA UTENTE
1					
2					
3					
4					
5					
6					

- **Elenco tipologia di prestazioni erogabili non istituzionali (se esistono): per queste prestazioni è richiesto propedeuticamente il parere della Commissione A.L.P.I**

Nell'esercizio dell'attività libero professionale, si avvarrà del supporto diretto?

SI

NO

Se **SI**, indicare i nominativi:

- Cognome e Nome _____ qualifica _____
 in servizio presso l'UOC di _____ ☎(rep.) _____ ☎(fax rep.) _____
 del P.O. _____ di _____,

- Cognome e Nome _____ qualifica _____
 in servizio presso l'UOC di _____ ☎(rep.) _____ ☎(fax rep.) _____
 del P.O. _____ di _____.

Il sottoscritto **si impegna** a comunicare mensilmente all'U.O.C. Economico Patrimoniale, le eventuali variazioni riguardanti il personale di supporto sopraindicato.

DICHIARAZIONI ATTO NOTORIO

RESE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART.47 DEL D.P.R. n.445/2000

- Che l'attività libero professionale sarà svolta rigorosamente al di fuori dell'orario di servizio, riscontrabile dai sistemi di rilevazione presenze aziendale.
- Che l'attività libero professionale non comporterà un volume di prestazioni ed un impegno orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

In Fede

Data _____

Visto:
Il Direttore dell'UOC

Visto:
Il Direttore Medico del P.O. / Distretto
