

Al Direttore generale AST 5

c/o Dirigente U.O.C. Risorse Umane

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' EXTRA-ISTITUZIONALE ex art. 3 quater
D.L. 127/2021

Il/la sottoscritto/a _____
(C.F. _____), nato/a a _____, il ___/___/_____,
residente a _____ via _____ n. _____,
nr. telefono _____,
qualifica _____,
dipendente a tempo: indeterminato indeterminato part time
in servizio presso _____

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere la sotto indicata attività o ad assumere il sotto indicato incarico

SOGGETTO COMMITTENTE (Indicare i seguenti dati):

Ente pubblico

Ente privato

Denominazione per esteso: _____

Indirizzo: Via _____, Città _____, CAP _____

Partita IVA e/o Codice Fiscale: _____

Tel. _____, E-mail _____

PRESSO (*indicare struttura e luogo dove verrà svolto l'incarico*) _____

PERIODO (*indicare la durata temporale dell'incarico – se trattasi di docenza o incarichi simili indicare dettagliatamente il calendario delle lezioni*): _____

Documenti da allegare:

- **Bozza del contratto di collaborazione che si intenderebbe sottoscrivere con soggetto o azienda privata o pubblica: il contratto deve riportare la tipologia di attività professionale richiesta, la sede/sedi operative ove l'attività professionale sarà svolta; l'impegno orario giornaliero/settimanale/mensile; il compenso pattuito.**
- **Visura camerale e/o statuto del soggetto conferente incarico da cui risultino assetto societario ed attività autorizzate/svolte.**
- **Dichiarazione del legale rappresentante dell'Ente conferente l'incarico, che lo stesso non è soggetto convenzionato con il SSN ai sensi dell'art. 8 bis del D. Legis. 502/92**
- **Dichiarazione del dirigente delle professioni sanitarie di appartenenza di adesione ai progetti di riduzione delle liste di attesa.**

DICHIARA

- di essersi personalmente accertato che il soggetto conferente l'incarico e/o eroga il compenso non è fornitore della AST - AP per tipologia di forniture in relazione alle quali il sottoscritto si possa configurare come ordinante diretto, indiretto, attuale o potenziale
- che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di servizio, ed al di fuori dei giorni concessi per ferie e senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'AST - AP.
- di impegnarsi al rispetto delle norme sull'orario di lavoro, facendo in modo che il cumulo degli impegni lavorativi con l'Azienda e con il soggetto conferente l'incarico rispetti la fruizione dei riposi giornalieri e settimanali e il riposo per ferie e quindi non pregiudichino il recupero psicofisico.
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle situazioni correlate all'incarico, che dovessero intervenire successivamente alla autorizzazione.
- di impegnarsi al rispetto del Codice di Comportamento Aziendale con particolare riferimento alle prescrizioni riguardanti i rapporti esterni alla Azienda.
- di rendersi disponibile ad aderire a progetti di riduzione delle liste di attesa che prevedono attività aggiuntiva nell'ambito di una equa ripartizione all'interno della equipe di appartenenza.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Ente emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (art. 71 e 75 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.).

Data _____

Firma _____

**IL SOTTOSCRITTO _____ RESPONSABILE DELLA UOC DI
ASSEGNAZIONE**

**IL SOTTOSCRITTO _____ DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI
SANITARIE**

attestano che l'attività extra-istituzionale del dipendente:

- 1)
- è compatibile
 - non è compatibile con l'esatto e puntuale svolgimento dei compiti e doveri d'ufficio
- 2)
- Che il dipendente si è reso finora disponibile ad aderire a progetti di riduzione delle liste di attesa nell'ambito di una equa distribuzione degli orari aggiuntivi all'interno della equipe di appartenenza
 - Che il dipendente non si è reso disponibile ad aderire a progetti di riduzione delle liste di attesa nell'ambito di una equa distribuzione degli orari aggiuntivi all'interno della equipe di appartenenza

3)

- Che il dipendente non ha prescrizioni del medico competente per l'esercizio dell'attività lavorativa cui è addetto
- Che il dipendente ha prescrizioni del medico competente che comportano le seguenti misure organizzative o limitazioni

Data _____

Timbro e Firma del Dirigente della U.O.C. di assegnazione

Data _____

Timbro e Firma del Dirigente delle Professioni Sanitarie
