Modulo Allegato A)

Al DIRETTORE GENERALE

ASL MEDIO CAMPIDANO

[**protocollo@pec.aslmediocampidano.it**](mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it)

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione ai sensi dell’art. 3-quater del D.L. n. 127 del 21/09/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 165/2021, come modificato dall’art. 13 del D.L. n. 34 del 30/03/2023, convertito con modificazioni dalla L. n. 56 del 26/05/2023.**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ struttura di assegnazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro (indicare tipologia):

TI ⃝ TD ⃝ PART-TIME (N.ORE\_\_\_\_\_\_)⃝ FULL TIME ⃝

**CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATA/O**

all’esercizio di attività professionale al di fuori dell’orario di servizio, a decorrere dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000:

**DICHIARA**

* ai sensi dell’art. art. 3 quater d.l. 127/2021, convertito in l. 165/2021, come modificato dall’art. 13 del d.l. 34/2023, convertito in l. 56/2023 allo svolgimento dell’attività/incarico di (*indicare la tipologia e descrizione precisa dell'incarico*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Durata di svolgimento dell’attività/incarico: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un impegno settimanale di n. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Per conto di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*indicare la denominazione del Soggetto che conferisce l'incarico: persona fisica, società, azienda, ente)*, C.F./P.Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di appartenere all’Ordine Professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere iscritto all’Albo Professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritta/o alla Cassa Previdenziale Professionale di riferimento;
* di impegnarsi a dotarsi di idonea copertura assicurativa per l’esercizio dell’attività professionale;
* di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di conflitto di interessi elencate dal Regolamento aziendale per la disciplina delle attività esercitabili dal personale delle Professioni Sanitarie del Comparto Sanità ex L n. 43/2006, ai sensi dell’art. 3-quater del D.L. n. 127 del 21/09/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 165/2021, come modificato dall’art. 13 del D.L. n. 34 del 30/03/2023, convertito con modificazioni dalla L. n. 56 del 26/05/2023;
* di rispettare le condizioni e assumere gli impegni elencati nel sopra indicato Regolamento aziendale;
* di rispettare la vigente normativa sulla privacy nei confronti degli assistiti nell’esercizio dell’attività professionale;
* di adempiere, successivamente al rilascio del provvedimento autorizzativo, ai seguenti obblighi:
* comunicare alla SSD Gestione Risorse Umane le giornate e gli orari di svolgimento delle prestazioni e le eventuali variazioni;
* comunicare alla SSD Gestione Risorse Umane, entro 15 giorni dall’erogazione, i compensi percepiti per l’attività professionale svolta o gli importi liquidati per gli incarichi professionali conferiti da soggetti pubblici o privati;
* comunicare tempestivamente alla SSD Gestione Risorse Umane ogni eventuale variazione intervenuta dopo il rilascio dell’autorizzazione e per la durata di validità della stessa;
* comunicare alla SSD Gestione Risorse Umane il sopraggiungere di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, e cessare tempestivamente l’attività già autorizzata;
* recedere o cessare dallo svolgimento dell’attività professionale, comunicandolo alla Direzione Generale e alla SSD Gestione Risorse Umane, qualora si verificassero cause o situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale;
* comunicare la cessazione dell’attività professionale autorizzata.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si dichiara di aver preso visione dell’informativa ex art.13 Reg.UE 679/2016**

Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARERI DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE E DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE.

Verificato che l’attività sopra descritta del dipendente:

□ Non risulta □ risulta compatibile con i compiti e i doveri del dipendente

□ Non risulta □ risulta compatibile sotto il profilo organizzativo

□ Non risulta □ risulta che l’attività non arreca pregiudizio allo smaltimento delle liste d’attesa

si esprimono i seguenti pareri:

* **Direttore/Responsabile Struttura Assegnazione**

⃝ favorevole

⃝ NON favorevole per i seguenti motivi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie**

⃝ favorevole

⃝ NON favorevole per i seguenti motivi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_