ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI PROFESSIONALI EXTRAISTITUZIONALI

**OPERATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE APPARTENENTI AL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA’**

*Decreto-legge 21/09/2021, n.127, art.3 quater (Misure urgenti in materie di personale sanitario) (conversione in legge il 19/11/2021 n.165);Decreto-legge 29/12/2022, n.198 (conversione in legge il 24/02/2023 n.14);*

GENERALITA’ E C.F. RICHIEDENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRUTTURA IN CUI SVOLGERE LE PRESTAZIONI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMPO/DATE/ORARIO DI SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMPENSO/TARIFFARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscrittori del presente documento attestano, per quanto di rispettiva competenza e conoscenza, che l’attività di cui alla presente richiesta risulta (isorisorse) non pregiudizievole alla erogazione assistenziale del SSN, né è con Esso conflittuale, né è suscettibile di incidere quali/quantitativamente in maniera negativa sui LEA e/o sui tempi di attesa nonché essa non è di nocumento neppure potenziale rispetto all’integrità psico-fisica dell’interessato.

FIRMA DEL RICHIEDENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRETTORE MEDICO/SANITARIO/VETERINARIO DELLA U.O. DI APPARTENENZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRETTORE DI AREA DEL RELATIVO PROFILO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*FIRMA DEL DIRETTORE MEDICO OSPEDALIERO\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*FIRMA DEL DIRETTORE DEL DIP.TO DI PREVENZIONE\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*FIRMA DEL DIRETTORE MEDICO DEL DISTRETTO SANITARIO\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABILE SPP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* (da acquisirsi se si intende utilizzare uno spazio istituzionale in dotazione alla Macroarea)*