**OPERATORI DELLE PROFESSIONI SANITARIE APPARTENENTI AL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA’ (art.3 quater co.2° DL n.127/2021 e s.m.i.)**

**(DA INVIARSI A CURA DELL’INTERESSATO ALLA PEC: ast.fermo@emarche.it O DA DEPOSITARSI AL PROTOCOLLO ENTE)**

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

QUALIFICA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MATRICOLA AZIENDALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_POSTA ELETTRONICA ORDINARIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STRUTTURA AST FM IN CUI E’ PRESTATA L’ATTIVITA’ ISTITUZIONALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE STRUTTURA IN CUI SVOLGERE LE PRESTAZIONI EXTRA SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(N.B. IL RICHIEDENTE DICHIARA CON LA PRESENTE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’ CHE LA STRUTTURA, SE PRIVATA, NON E’ ACCREDITATA NEPPURE PARZIALMENTE, NON E’ CONTROLLATA DA UNA STRUTTURA ACCREDITATA AI SENSI DEL’ART.2359 CC., NON E’ AMMINISTRATA DA PERSONE FISICHE CHE A LORO VOLTA AMMINISTRANO LA STRUTTURA ACCREDITATA E/O SONO SOCI IN POSIZIONE DI CONTROLLO DELLE STESSE)**

SEDE/C.F./P.IVA.DELLA STRUTTURA IN CUI SVOLGERE LE PRESTAZIONI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI ATTIVITA’ DA ESPLETARSI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

BARRARE SE L’ATTIVITA’ E’ PRESTATA A TITOLO: GRATUITO OPPURE CON COMPENSO

Si allega copia documento di identità personale del Sottoscrittore.

Si è consapevoli che AST FM non assume responsabilità in ordine agli obblighi di legge sull’eventuale compenso.

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui alla presente richiesta.

FIRMA DEL RICHIEDENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOTE EVENTUALI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

***Spazio riservato all’Amministrazione***

**ELENCO PARERI DA ACQUISIRSI A CURA DELL’UFFICIO**

**(TEMPO PREVISTO PER EVASIONE DELLA RICHIESTA 90 GG.)**

I sottoscrittori in calce del presente documento dichiarano, per quanto di rispettiva competenza e conoscenza specifiche, che l’attività di cui alla presente richiesta, allo stato degli atti e per quanto qui noto, risulta 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 rispetto all’integrità psico-fisica dell’interessato.

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

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

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

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

*FIRMA DEL DIRETTORE MEDICO DI DIPARTIMENTO PREVENZIONE\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*FIRMA DI DIRETTORE MEDICO DI DISTRETTO SANITARIO UNICO\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\* (da acquisirsi d’ufficio solo se l’Istante intende utilizzare spazi istituzionali in dotazione alla relativa Macroarea*

*nel qual caso sarà dovuto all’Amministrazione un corrispettivo che sarà comunicato in fase istruttoria)*