**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F./P.IVA DELLA STRUTTURA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC DELLA STRUTTURA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. L’UFFICIO CHIEDERA’ AD OGNI STRUTTURA PRIVATA INDICATA:**

**-SE LA STESSA E’ ACCREDITATA ANCHE SOLO PARZIALMENTE COL SSR/SSN,**

**-SE ESSA E’ CONTROLLATA DA UNA STRUTTURA ACCREDITATA AI SENSI DEL’ART.2359 CC.,**

**-SE ESSA E’ AMMINISTRATA DA PERSONE FISICHE CHE A LORO VOLTA AMMINISTRANO LA STRUTTURA ACCREDITATA E/O SONO SOCI IN POSIZIONE DI CONTROLLO DELLE STESSE,**

**-SE IL PERSONALE DELL’AST FM VERRA’ COMUNQUE IMPIEGATO ANCHE IN TALE TIPOLOGIA DI STRUTTURE,**

**IN OGNUNO DI TALI CASI L’AUTORIZZAZIONE SARA’ NEGATA.**

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

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

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

**N.B. l’Ufficio richiederà a: DIRETTORE DI AREA DEL RELATIVO PROFILO DI APPARTENENZA, MEDICO COMPETENTE AZIENDALE, RESPONSABILE SERVZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE i rispettivi pareri onde valutare se, per quanto di relativa competenza e conoscenza specifiche, l’attività di cui alla presente richiesta, allo stato degli atti e in base alle dichiarazioni rese/pervenute, risulti pregiudizievole alla erogazione assistenziale del SSN od alla organizzazione dell’Ente, se sia con conflittuale con le finalità istituzionali, se sia suscettibile di incidere quali/quantitativamente in maniera negativa sui LEA e/o sui tempi di attesa nonché se essa sia di nocumento rispetto all’integrità psico-fisica dell’interessato/a.**

**Restano salve ed impregiudicate ulteriori acquisizione istruttorie.**

Si allega copia documento di identità personale del Sottoscrittore.

**N.B. il Sottoscrittore della presente è consapevole che AST FM non assume alcuna responsabilità in ordine agli obblighi di legge sull’eventuale compenso e/o circa gli adempimenti facenti carico sul prestatore in ordine alle comunicazioni dovute per l’avvio/proseguimento/cessazione dell’attività.**

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

NOTE EVENTUALI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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