MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALPI DIRIGENZA SANITARIA

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo

Al Direttore U.O.C. Affari Generali e Contenzioso AST FM

Dott. Simone Aquilanti

Oggetto: Richiesta autorizzazione allo svolgimento dell’attività libero professionale intramuraria.

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………

Nato/a a …………………………………………………………………… il ……………………………

Dipendente di questa AST FM in qualità di dirigente medico con rapporto di lavoro esclusivo, assegnato alla U.O. ……………………………………………………………………………..…

In possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

…………………………………………………………………………………………………………………

Nella consapevolezza ed accettazione del vigente regolamento aziendale in materia (det.n.827/AV4 del 30/12/2015),

**CHIEDE**

**DI ESSERE AUTORIZZATO/A AD ESERCITARE L’ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA A FAR DATA DAL………………………………………………………………….:**

Nella propria disciplina di appartenenza, costituita da:……………………………………………………………………………………………………………….

A tale proposito dichiara di svolgere non svolgere le stesse prestazioni istituzionali in orario di servizio con impegno settimanale pari a …………………. ore.

Ovvero, non essendo possibile esercitare la libera professione intramuraria nella propria disciplina a ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, chiede di esercitare la libera professione nella disciplina equipollente costituita da:…………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………

Essendo in possesso del diploma di specializzazione in:……………………………………...……… ….……………………………………………………………………………………………………...………

ovvero avendo conseguito una anzianità di servizio di 5 anni nella disciplina stessa.

**L’ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE SARA’ SVOLTA DAL SOTTOSCRITTO PRESSO LE SEGUENTI STRUTTURE DELL’AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE:**

Unità Operativa:…………………………………………………………………………………………

Locali utilizzati:……………….………………….……………………………………………………….

Senza necessità di attività di supporto o di attrezzature in relazione alle prestazioni svolte in ALPI per le seguenti motivazioni (*esprimere le ragioni del mancato ricorso all’ausilio di collaboratori*)..…………………………………………………………………………………………….

Con necessità del seguente personale di supporto e/o delle seguenti attrezzature:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**L’ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE DI CHE TRATTASI SARA’ SVOLTA CON LE SEGUENTI MODALITA’ :**

1. *ORARIO DI SVOLGIMENTO:*

*Ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Per n. ………………ore settimanali nei seguenti giorni:

……………………………….dalle ore …………………. alle ore………………………….

……………………………….dalle ore …………………. alle ore………………………….

……………………………….dalle ore …………………. alle ore………………………….

*Ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Per n. ………………ore settimanali nei seguenti giorni:

……………………………….dalle ore …………………. alle ore………………………….

……………………………….dalle ore …………………. alle ore………………………….

……………………………….dalle ore …………………. alle ore………………………….

1. *ONORARI:*

Nello svolgimento dell’attività’ libero professionale di che trattasi, Si chiede di percepire il seguente ***onorario*** a seconda della prestazione resa:

PRESTAZIONE ONORARIO (inteso come lordo)

…………………………………………… €……………………………………………

…………………………………………… €……………………………………………

…………………………………………… €……………………………………………

………….………………………………… €……………………………………………

…………………………………………… €……………………………………………

………….………………………………… €……………………………………………

Il sottoscritto, al fine della concessione dell’autorizzazione in oggetto, dichiara inoltre sotto la propria personale responsabilità anche ai sensi e per gli effetti degli artt.46-47 d.p.r.n.445/2000 :

* che le sedi sopra indicate di esercizio dell’attività libero professionale, sono in regola con le norme igienistiche, di destinazione d’uso, di sicurezza degli ambienti di lavoro;
* che l’attività sarà svolta in spazi distinti e separati rispetto a quelli utilizzati dai medici di medicina generale convenzionati con il SSN;
* che la medesima attività, sarà resa al di fuori dell’orario di servizio, dello straordinario, dei turni di guardia, dei turni di pronta disponibilità, dei congedi per malattia, maternità o ferie;
* che l’attività libero-professionale per cui è richiesta autorizzazione verrà espletata senza indebite concorrenzialità e senza conflitti di interesse con il Servizio Sanitario Nazionale;
* di impegnarsi alla osservanza della normativa vigente in materia e della regolamentazione aziendale/zonale e di tutta la normativa vigente in materia.

Distinti saluti.

………………………………., li………………… Il Richiedente

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

Preso atto di quanto sopra, dichiaro che l’attività in regime libero professionale richiesta dal Dr. ………………………………………………… non è in contrasto con le finalità istituzionali dell’Azienda ed è organizzata in modo tale da garantire l’integrale assolvimento dei compiti d’istituto assicurando la piena funzionalità dell’U.O.C. di appartenenza.

.………………………, li………………… Il Responsabile dell’U.O.C.

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

Vista la richiesta dell’interessato, dichiaro che l’attività in regime libero-professionale nella sede e negli orari di seguito indicati:

□ E’ compatibile organizzativamente con lo svolgimento dell’attività complessiva della struttura.

□ E’ compatibile organizzativamente con lo svolgimento dell’attività complessiva della struttura con la seguente limitazione ……………………………………………………………………………………..

□ Non è compatibile organizzativamente con lo svolgimento dell’attività complessiva della struttura.

.………………………, li………………… Il Direttore competente **\*\***

-------------------------------------------------------------------------------

**\*\*** Per “Direttore competente” si intende il Responsabile (Direttore Medico del Presidio, Direttore del Distretto) della gestione istituzionale dei locali zonali in cui il richiedente intende svolgere l’attività libero professionale intramuraria.

*(spazio riservato alla Direzione di Area Vasta)*

Fermo li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prot.n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LETTA L’ISTANZA CHE PRECEDE, SI PROVVEDE NEL SENSO DI:

…………………………………………………………………………………………………

IL DIRETTORE AST FM