*MODULO RICHIESTA VARIAZIONI PERMANENTI ALPI DIRIGENZA SANITARIA*

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo

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

Dott.Simone Aquilanti

**Oggetto: Richiesta di variazione permanente dell’autorizzazione allo svolgimento**

**dell’attività libero professionale intramuraria.**

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

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

Dipendente di questa Azienda Sanitaria Territoriale in qualità di dirigente medico con rapporto di lavoro esclusivo, assegnato alla U.O.C …………………………………………….…già autorizzato allo svolgimento della attività libero professionale intramuraria, nella consapevolezza ed accettazione del vigente regolamento aziendale in materia (det.n.827/AV4 del 30/12/2015),

CHIEDE

DI APPORTARE LA SEGUENTE VARIAZIONE A QUANTO GIA’ AUTORIZZATO (INDICARE LA MODIFICA CHE INTERESSA AD ES. DIVERSO ORARIO, CANCELLAZIONE OD AGGIUNTA DI PRESTAZIONI CON RELATIVA PROPOSTA ECONOMICA, INTERVENUTO BISOGNO O MENO DEL SUPPORTO, TRASFERIMENTO LOGISTICO, ETC…):

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI :………………………………………………….............................

………………………………………………………………………………………………………………….

Luogo e data…………………………………..

Firma del Richiedente……………………………………………….

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

*(Solo se la variazione permanente richiesta concerna l’utilizzo di un diverso locale di proprietà dell’Amministrazione precedentemente non utilizzati compilare anche la seguente sezione nelle parti di interesse).*

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

………………………………………………//////////////////////…………………………………………………

………………………………………………//////////////////////…………………………………………………

Il sottoscritto, al fine della concessione della variazione all’autorizzazione in oggetto, dichiara e

conferma 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 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

È compatibile organizzativamente con lo svolgimento dell’attività complessiva della struttura

È 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 Commissario Straordinario dell’Azienda Sanitaria Territoriale FM