*MODULO RICHIESTA VARIAZIONE TEMPORANEA 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 di variazione temporanea 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. ……………………………..…………..… 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 ECCEZIONALE A QUANTO GIA’ AUTORIZZATO (INDICARE LA MODIFICA TEMPORANEA CHE INTERESSA AD ES. DIVERSO ORARIO, GIORNO, ETC…):

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

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

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

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

*(n.b. si intendono quali modifiche temporanee le variazioni eccezionali e non reiterate di modalità accessorie della prestazione relativa all’attività libero-professionale come ad es. il differimento di una/alcune seduta/e per impegno sopraggiunto, etcc…)*

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

Luogo e data…………………………………..

Firma del Richiedente Firma del Direttore dell’UOC per nulla osta..

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

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

*(spazio riservato alla Direzione Aziendale)*

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

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

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

Il Direttore

Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo