



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
C.so Gelone n. 17 - 96100 SIRACUSA
Cod.Fisc. e P.IVA: 01661590891

Data _____

A V V I S O

Scadenza - 3 OTT. 2020

PER IL PERSONALE DIRIGENZIALE SANITARIO, SOGGETTO AD AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

SI INFORMANO I DIRIGENTI SANITARI INTERESSATI CHE, AI SENSI DELL'ART.38, ULTIMO COMMA, DEL REGOLAMENTO DISCIPLINANTE L'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA, ADOTTATO DA QUEST'AZIENDA A SEGUITO DEL CONFRONTO SINDACALE, GIUSTA DELIBERAZIONE N°925 DEL 11/08/2020, E' PREVISTO IL RINNOVO O IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA.

PERTANTO, IL PERSONALE INTERESSATO E' INVITATO A PRODURRE, ENTRO 30 GG. DALLA PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE AVVISO, APPOSITA ISTANZA CONFORME ALLA MODULISTICA ADOTTATA DALL'AZIENDA, E CONTENUTA IN ALLEGATO AL PRESENTE AVVISO.

LA MANCATA PRODUZIONE DELL'ISTANZA ENTRO IL TERMINE INDICATO, CHE HA CARATTERE PERENTORIO, COMPORTERA' LA MANCATA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE, CON OGNI CONSEGUENZA DI LEGGE.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Salvatore Lucio Ficarra)



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
 C.so Gelone n. 17 - 96100 SIRACUSA
 Cod.Fisc. e P.IVA: 01661590891

**AL DIRETTORE GENERALE
 A.S.P. DI SIRACUSA**

OGGETTO: ISTANZA di autorizzazione/variazione/rinnovo all'espletamento dell'attività libero-professionale INTRAMOENIA, all'interno della struttura aziendale.

Il sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____, nato/a a _____ () il _____, residente in _____ (), via _____ n° _____, cellulare _____, email (@ _____), attualmente in servizio presso la U.O.C. di _____ (Tel. reparto) _____ (fax reparto) _____ del P.O. _____ di _____, con la qualifica di **DIRIGENTE** _____ (profilo professionale)

Con rapporto di lavoro a tempo indeterminato SI NO dal _____

Con rapporto di lavoro a tempo determinato SI NO dal _____ al _____

Già autorizzato giusta nota n° _____ del _____ SI NO

CHIEDE DI POTER ESPLETARE ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMOENIA

Nella disciplina di _____ (*di appartenenza o equipollente, ai sensi dell'art. 15.3 del Regolamento*) presso i locali _____ nei giorni _____, dalle ore _____ alle ore _____

**Tipologia delle prestazioni erogabili in regime di A.L.P.I. (uguali, al massimo, a quelle istituzionali)
 ELENCO (indicare per singola prestazione il tempo medio di esecuzione):**

N°	PRESTAZIONE	TARIFFA DA CORRISPONDERE AL MEDICO	SUPPORTO DIRETTO SI/NO	TEMPO MEDIO PER PRESTAZIONE	TARIFFA UTENTE
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Elenco tipologie di prestazioni erogabili non istituzionali (per queste prestazioni è richiesto il previo parere della Commissione Paritetica)

Nell'esercizio dell'attività libero professionale, si avvarrà del **supporto diretto**? **SI** **NO**
Se SI, indicare i nominativi:

Cognome e Nome _____ qualifica _____

In servizio presso la U.O.C. di _____, Tel. Reparto _____, Fax

Reparto _____, email Reparto _____

del P.O. _____ di _____

Cognome e Nome _____ qualifica _____

In servizio presso la U.O.C. di _____, Tel. Reparto _____, Fax

Reparto _____, email Reparto _____

del P.O. _____ di _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare mensilmente, all'U.O.C. Economico-Patrimoniale, le eventuali variazioni riguardanti il personale di supporto sopra indicato.

**DICHIARAZIONI DI ATTO NOTORIO RESE
AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 28/12/2000 N°445**

1. Che l'attività libero professionale sarà svolta rigorosamente al di fuori dell'orario di servizio, riscontrabile dai sistemi di rilevazione presenze aziendale.
2. Che l'attività libero professionale non sarà svolta in orario di norma dedicato all'attività istituzionale (antimeridiana).
3. Che l'attività libero professionale non comporterà un volume di prestazioni ed un impegno orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.
4. Che il pagamento delle prestazioni erogate in attività professionale intramuraria avverrà esclusivamente per cassa, attraverso il sistema C.U.P. adottato dall'azienda. Diversamente le prestazioni non potranno essere liquidate.
5. Che il sottoscritto è a conoscenza delle prescrizioni recate dal vigente Regolamento aziendale, e del D.A. n°337/2014.

Data _____

Firma _____

Visto

Il Direttore della U.O.C.

Visto

Il Direttore Medico del P.O./Distretto Sanitario/Dipartimento