

SETTORE AFFARI DEL PERSONALE
via Messina, 829
95126 CATANIA

Telefono
095 7262111

FAX
095 7262701

WEB
www.ospedale-cannizzaro.it

**Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera
per l'Emergenza
CANNIZZARO**

SEDE

Oggetto: Richiesta autorizzazione all'esercizio di attività libero-professionale personale comparto.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
codice fiscale: _____ residente in _____
in via _____ n° _____, dipendente a tempo indeterminato di codesta
Azienda Ospedaliera in qualità di _____ in servizio
presso l'Unità Operativa di _____ pec: _____.

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge nonché del regolamento aziendale in materia approvato con delibera n° 1534/DG del 13/11/2024 del quale dichiara di aver preso visione, l'attività libero-professionale di seguito specificata:

presso _____

per il periodo _____ per un impegno orario settimanale di _____ ore
per un compenso presuntivo di € _____ / ora.

Al fine della concessione di quanto sopra,

IL SOTTOSCRITTO

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese nella presente istanza, decadrà dai benefici concessi

DICHIARA DI IMEGNARSI

- **a garantire in via prioritaria l'integrale assolvimento del debito orario contrattualmente previsto per il profilo di appartenenza**, assicurando che l'attività esterna non interferisca con il puntuale e corretto svolgimento dei compiti istituzionali presso questa Azienda e non arrechi pregiudizio alcuno alle primarie esigenze assistenziali dell'Unità operativa di appartenenza;
- **a rispettare rigorosamente i tempi di riposo stabiliti dalla normativa vigente (D. Lgs 66/2003), garantendo in particolare il periodo di riposo di 11 ore consecutive ogni 24 ore**, durante le quali non verrà prestata alcuna attività lavorativa, né istituzionale, né libero-professionale;
- **a rispettare il limite orario settimanale di 8 ore per l'attività extra-istituzionale** per la quale è richiesta l'autorizzazione, al fine di salvaguardare l'equilibrio psico-fisico e la sicurezza delle cure prestate;

- **a non effettuare l'attività in questione durante i periodi di assenza dal servizio a vario titolo: malattia, maternità, congedo parentale, aspettativa, permessi retribuiti e ferie;**
- **a comunicare preventivamente con cadenza mensile tempi e modalità di espletamento dell'attività extra-istituzionale** al fine di consentire le relative verifiche sul rispetto delle previsioni della normativa di riferimento;
- **a evitare qualsiasi forma di conflitto di interessi** con l'Azienda di appartenenza, impegnandosi a non svolgere attività presso strutture concorrenti o a favore di utenti già in carico presso l'Unità Operativa di assegnazione;
- **ad esercitare l'attività extraistituzionale oggetto di autorizzazione nel rispetto di eventuali prescrizioni/limitazioni di idoneità alla mansione specifica stabilite dal Medico Competente dell'Azienda;**
- **a comunicare tempestivamente a codesta Azienda l'ammontare dei compensi percepiti,** ai fini del monitoraggio previsto dalla normativa;
- **a svolgere l'attività libero-professionale oggetto della richiesta di autorizzazione esclusivamente per la struttura e della tipologia indicata nella presente dichiarazione;**

Il sottoscritto è altresì consapevole che l'inosservanza delle prescrizioni contenute dalla normativa di riferimento nonché nel regolamento aziendale in materia approvato con delibera n° 1534/DG del 13/11/2024 comporterà la revoca con effetto immediato dell'autorizzazione richiesta e la contestuale verifica della eventuale sussistenza di comportamenti aventi rilievo di carattere disciplinare e/o legale.

Il sottoscritto autorizza altresì l'Azienda al trattamento dei dati riportati nel presente documento in base all'art. 13 del D. Lgs n° 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali per i soli fini relativi alla presente dichiarazione.

Allega alla presente:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Proposta del soggetto conferente l'incarico contenente dettagliatamente:
 - Esatta denominazione e ragione sociale;
 - C.F./Partita Iva;
 - Indirizzo completo sede legale;
 - Generalità legale rappresentante;
 - Compenso proposto;
 - Indicazione della tipologia di attività da svolgere
 - Prospetto di massima delle modalità di svolgimento dell'attività;

Si resta in attesa della richiesta autorizzazione.

Catania, _____
(data della presentazione al protocollo generale)

Il dipendente (firma per esteso)
--

N.B. La presente istanza debitamente compilata e firmata, completa degli allegati indicata deve essere presentata al protocollo generale dell'Azienda.