**Allegato A**

# RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITÀ PROFESSIONALE SANITARIA

# AI SENSI DEL D.L. N. 34/2023 CONVERTITO CON L. 56/2023

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

*Inviare al seguente indirizzo e-mail:* [*protocollogenerale@asl.pe.it*](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it) *e per conoscenza indirizzo e-mail:* [*risorse.umane@asl.pe.it*](mailto:risorse.umane@asl.pe.it)*;* [*segreteria\_ds@asl.pe.it*](mailto:segreteria_ds@asl.pe.it)

*(da e-mail aziendale del dipendente)*

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROFILO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MATR. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IN SERVIZIO PRESSO LA U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL AZIENDALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NATO/A A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ISCRITTO ALL’ALBO PROF. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL NR. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. INTERNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL PERSONALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. Si prega di indicare il proprio indirizzo e-mail/PEC in stampatello e in maniera chiara e leggibile.

**CON RAPPORTO DI LAVORO:** ❒ A TEMPO INDETERMINATO ❒ A TEMPO DETERMINATO CON SCADENZA CONTRATTO AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CON ORARIO DI LAVORO A TEMPO PIENO** E ORARIO DI SERVIZIO ARTICOLATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. si ricorda che non è rilasciabile l’autorizzazione a svolgere attività extra officio nei confronti dei dipendenti che risultino in servizio con contratto di lavoro a tempo parziale.**

Preso atto delle disposizioni di cui al Regolamento aziendale per la disciplina delle attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità adottato con deliberazione D.G. n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# C H I E D E

**ai sensi dell’art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito con Legge n. 56/2023, autorizzazione a svolgere attività extra officio riconducibile alle professioni sanitarie (art. 1 L. 43/2006) per le quali si è in possesso delle abilitazioni all’esercizio.**

*A tale scopo, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni civili e penali in cui può incorrere in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, previste dall’art. 76 del richiamato D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.*

## D I C H I A R A

**OGGETTO, TIPOLOGIA E DESCRIZIONE DELL’ATTIVITÀ**

compilare alternativamente la sezione **A)** o la sezione **B)**

1. ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE AL DI FUORI DELL’ORARIO DI SERVIZIO CON LE SEGUENTI MODALITÀ

(SPECIFICARE DETTAGLIATAMENTE):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**OVVERO**

1. INCARICO PROFESSIONALE PRESSO SOGGETTO TERZO CONFERENTE (SPECIFICARE DETTAGLIATAMENTE ED ALLEGARE LA PROPOSTA DI INCARICO E OGNI ALTRA DOCUMENTAZIONE UTILE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**SOGGETTO CONFERENTE**

**❒** Ente Pubblico **❒** Struttura privata accreditata **❒** Struttura privata non accreditata

RAGIONE SOCIALE/NOMINATIVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO SEDE LEGALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. IVA/C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL’INCARICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GIORNO DI SVOLGIMENTO INCARICO \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERIODO DI SVOLGIMENTO DELL’INCARICO IN CASO DI ATTIVITÀ PROLUNGATE (allegare il calendario delle attività programmate):

DATA INIZIO \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA FINE \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE \_\_\_\_\_ IMPIEGO DI N. ORE \_\_\_\_\_ ARTICOLATE SU N. GIORNATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* COMPENSO LORDO PREVISTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* COMPENSO LORDO PRESUNTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* RIMBORSI PREVISTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## D I C H I A R A

*sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni civili e penali in cui può incorrere in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, previste dall’art. 76 del richiamato D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.*

* che l’attività extra officio proposta è riferita alla professione sanitaria per la quale è in possesso dell’abilitazione al relativo esercizio professionale;
* che l’attività extra officio proposta non determina incompatibilità, né alcuna interferenza con le funzioni istituzionalmente assicurate né altro pregiudizio rispetto al puntuale svolgimento dei compiti d’istituto né ipotesi di conflitto di interesse, anche meramente potenziale;
* che l’attività extra-istituzionale proposta verrà svolta nel rispetto degli obblighi di fedeltà e diligenza di cui agli artt. 2104 e 2105 C.C., nonché degli obblighi del dipendente pubblico di cui al D.P.R. 16/04/2013, n. 62 recante il “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici” e di cui al Codice di comportamento della A.S.L. di Pescara;
* che l’attività extra officio proposta verrà svolta al di fuori dell’orario di lavoro;
* di essere in regola con l’osservanza delle norme in materia di orario di lavoro e di non trovarsi in posizione di debito orario;
* che il limite orario utilizzabile è pari a 8 (otto) ore settimanali eccedenti l’orario di servizio;
* che l’attività extra officio proposta verrà svolta senza utilizzo di attrezzature, strumenti o locali aziendali;
* di essere consapevole di non poter svolgere alcuna attività oggetto dell’incarico prima che sia stata rilasciata la specifica autorizzazione da parte della A.S.L. di Pescara e che non è possibile il rilascio di alcuna autorizzazione a sanatoria, successivamente all’avvio e/o all’espletamento delle attività oggetto dell’incarico;
* di impegnarsi in ogni caso ad assicurare prioritariamente il regolare, puntuale, corretto e tempestivo svolgimento dei compiti istituzionali nell’ambito della struttura di appartenenza;
* di impegnarsi in ogni caso, pena la revoca dell’autorizzazione, a garantire l’eventuale orario aggiuntivo richiesto, da svolgersi anche presso Unità Operativa diversa da quella di appartenenza, secondo i Piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale per il recupero delle prestazioni e per lo smaltimento delle liste d’attesa, assicurando i relativi volumi delle prestazioni e i tempi d’attesa concordati con le équipe;
* di non essere titolare di rapporto di lavoro a tempo parziale;
* di non avere prescrizioni/limitazioni di idoneità incompatibili con la mansione specifica;
* di impegnarsi in ogni caso a garantire che l’attività sia resa in conformità alle disposizioni in materia di orario di lavoro, recate dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti in materia e, in particolare, che l’attività individuale complessivamente svolta (in regime istituzionale, in regime di prestazione aggiuntiva, nonché quale attività extra officio) non sia resa in violazione del riposo giornaliero (n. 11 ore di riposo nelle 24), del riposo settimanale (n. 1 giorno ogni sette come media su n. 14 giorni) e dell’orario massimo settimanale (n. 48 ore come media su 4 mesi);
* di impegnarsi altresì a garantire che l’attività non sia resa durante i periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, congedi, aspettative, permessi ad altro titolo, né durante il periodo di ferie minimo annuale di quattro settimane di cui all’art. 10 del D. Lgs. n. 66/2003;
* di impegnarsi a trasmettere (al titolare incarico di funzione di coordinamento, al Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie e all’Ufficio Rilevazione Presenze), **con cadenza periodica bimestrale**, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, attestante le giornate e gli orari di svolgimento delle prestazioni libero professionali svolte nel bimestre precedente, comunicando anche eventuali variazioni nelle modalità e negli orari di svolgimento delle stesse, e comprovante il rispetto dell’impegno assunto per il rispetto della normativa sull’orario di lavoro;
* in caso di incarico da svolgersi in favore di soggetto terzo conferente, al fine di consentire all’Azienda di dare tempestiva comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica tramite caricamento sul portale PerlaPa ([www.perlapa.gov.it](http://www.perlapa.gov.it)), di essere tenuto a richiedere e verificare che il soggetto stesso invii, tempestivamente e comunque entro 15 giorni dal pagamento di compensi, la comunicazione riferita all’erogazione del compenso;
* di essere a conoscenza che il termine al momento previsto per lo svolgimento dell’attività professionale sanitaria extra officio di cui all’art. 13 del D.L. n. 34/2023, convertito nella L. 56/2023, è il 31/12/2025;
* di essere consapevole che l’Azienda, anche a seguito di eventuali controlli, potrà disporre la revoca dell’autorizzazione rilasciata nel caso in cui si accerti la violazione delle condizioni previste dalle disposizioni normative e regolamentari in materia;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla A.S.L. di Pescara ogni eventuale modificazione o variazione in ordine alle caratteristiche dell’attività professionale o dell’incarico extra officio, al fine di consentire l’adozione delle determinazioni consequenziali;

|  |
| --- |
| Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte  Descrizione generata automaticamente**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante  il QR Code qui accanto raffigurato |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma anche per presa visione dell’informativa estesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego fotocopia fronte-retro documento d’identità nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.** La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Informativa ai sensi del D. Lgs. 30.6.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

**DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE**

ai sensi dell’art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito con L. 56/2023

(modello riservato all’istruttoria interna)

In relazione alla richiesta di autorizzazione per attività extra officio

il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di **DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE/DELEGATO DEL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE**

Fatto richiamo ai presupposti per il rilascio dell’autorizzazione di seguito riportati ovvero:

* che il richiedente sia in regola con l’osservanza delle norme in materia di orario di lavoro e non si trovi in posizione di debito orario;
* che l’attività non pregiudichi il regolare svolgimento dell’attività istituzionale né l’obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste d’attesa;
* che l’attività non sia in contrasto e non determini interferenza con le finalità dell’Unità Operativa di appartenenza e della A.S.L. di Pescara;
* che il richiedente presti disponibilità a garantire l’eventuale orario aggiuntivo, da svolgersi anche presso Unità Operativa diversa da quella di appartenenza, secondo i Piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale per il recupero delle prestazioni e per lo smaltimento delle liste d’attesa;
* che non siano ravvisate ipotesi di conflitto di interesse, anche meramente potenziale, che possano pregiudicare l’esercizio imparziale delle funzioni attribuite al richiedente;
* **ESPRIME PARERE FAVOREVOLE**
* **ESPRIME PARERE NON FAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# COMUNICAZIONE BIMESTRALE ATTIVITÀ PROFESSIONALE SANITARIA

# AI SENSI DEL D.L. N. 34/2023 CONVERTITO CON L. 56/2023

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

*Inviare al seguente indirizzo e-mail:* [*protocollogenerale@asl.pe.it*](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it) *e per conoscenza indirizzo e-mail:* [*risorse.umane@asl.pe.it*](mailto:risorse.umane@asl.pe.it)*;* [*segreteria\_ds@asl.pe.it*](mailto:segreteria_ds@asl.pe.it)

*(da e-mail aziendale del dipendente)*

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROFILO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MATR. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IN SERVIZIO PRESSO LA U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E–MAIL AZIENDALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

in relazione alle attività professionali extra officioai sensi dell’art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito con Legge n. 56/2023, di cui al Regolamento aziendale per la disciplina delle attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità D I C H I A R A

*sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni civili e penali in cui può incorrere in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.*

* di essere stato/a espressamente autorizzato/a dalla ASL di Pescara con nota prot.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_datata \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ allo svolgimento della seguente attività professionale extra officio (specificare):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di procedere, a mezzo della presente, alla prevista rendicontazione bimestrale delle suddette prestazioni autorizzate, specificando di aver effettivamente svolto (nel bimestre precedente) le prestazioni relative alla predetta attività professionale extra officio con le seguenti modalità:

**BIMESTRE DI RIFERIMENTO** (specificare i mesi in cui è stato svolto l’incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL’INCARICO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GIORNO DI SVOLGIMENTO INCARICO \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GIORNO DI SVOLGIMENTO INCARICO \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN CASO DI ATTIVITÀ PROLUNGATE** (allegare il calendario delle attività svolte):

DATA INIZIO \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA FINE \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE \_\_\_\_\_ IMPIEGO DI N. ORE \_\_\_\_\_ ARTICOLATE SU N. GIORNATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* COMPENSO LORDO PERCEPITO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* RIMBORSI PERCEPITI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di impegnarsi a comunicare eventuali future variazioni delle modalità, delle giornate e/o degli orari di svolgimento delle attività professionali extra officio;
* il mantenimento del possesso di tutti i requisiti necessari allo svolgimento di incarichi extra-officio e che hanno consentito l’ottenimento dell’autorizzazione, dunque, il proprio impegno a comunicare eventuali future variazioni.

|  |
| --- |
| Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte  Descrizione generata automaticamente**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma anche per presa visione dell’informativa estesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego fotocopia fronte-retro documento d’identità nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_