**FAC SIMILE DI DOMANDA**

(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

**Al Direttore Generale**

**Azienda Sanitaria di Pescara**

**Via R. Paolini n. 47**

**65124 Pescara**

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA IN QUALITÀ DI PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO PER L’ANNO 2023.**

Con riferimento all’Avviso Interno di cui alla deliberazione n. 1824 del 01.12.2022 (indetto in esecuzione del Regolamento approvato con deliberazione n. 87 del 01/02/2016 e s.m.i.), concernente la partecipazione alla libera professione intramuraria in qualità di personale di supporto:

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la U.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricola n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e con i seguenti titoli formativi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attinenti la disciplina per la quale si fa domanda

**CHIEDE**

di essere inserito/a nel gruppo di supporto all’attività libero professionale intramuraria, nei modi e nei tempi previsti nel Regolamento Aziendale della libera professione intramuraria della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria e secondo quanto previsto dall’Avviso Interno sopra citato

**DICHIARA**

di dare la propria disponibilità per l’Unità Operativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o affine, per un numero di ore settimanali pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e per la/e sede/i di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Di voler aderire alle seguenti modalità di svolgimento (indicare la o le scelte formulate)**:

* ambulatoriale;
* ricovero ordinario;
* day hospital,day surgery e APA;
* diagnostica strumentale e di laboratorio

**DICHIARA**

* di non svolgere attività o di non aver svolto attività negli ultimi tre anni da cui possano derivare conflitti d’interesse, anche potenziali, con l’attività inerente la presente richiesta;
* di non avere riportato condanne penali oppure di aver riportato le seguenti condanne penali o di non essere/essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali (specificare);
* di non aver riportato (o di aver riportato) i seguenti provvedimenti disciplinari negli ultimi tre anni (specificare);
* di essere in possesso della piena idoneità alla mansione specifica per lo specifico settore per il quale si presenta la domanda;
* di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno;
* di essere consapevole e di impegnarsi allo svolgimento di detta attività secondo modalità e limiti previsti dall’art. 10 del Regolamento disciplinante lo svolgimento dell’A.L.P.I., approvato con deliberazione n. 87 del 01/02/2016 e sm.i.

**Nello specifico il/la sottoscritto/a si impegna a:**

non svolgere attività di supporto nei giorni di riposo settimanale, durante i congedi per ferie, malattia, legge 104/1992, durante i periodi di assenza per gravidanza, puerperio, aspettativa, nei giorni e nelle ore di turno di pronta disponibilità e nei giorni di astensione lavorativa per sciopero.

**Dichiara inoltre di essere a conoscenza e di condividere i criteri di individuazione del personale di supporto stabiliti e, specificatamente che:**

* la scelta del personale di supporto sarà operata dal Dirigente che svolge attività libero professionale che lo individuerà, nell’ambito dell’elenco degli aspiranti formulato dall’Azienda, PRIORITARIAMENTE tra il personale appartenente al Servizio in cui il Dirigente o l’Equipe svolgono attività libero-professionale, secondo criteri di rotazione (da effettuare a cura del Dirigente o dell’equipe con cadenza almeno trimestrale);
* sono escluse dal criterio della rotazione le attività che richiedono una specifica competenza professionale come quelle di sala operatoria o di impiego di tecnologie di alta specializzazione tecnologica o di specializzazione nell’ambito della medesima categoria professionale o in caso di impossibilità per carenza di personale aderente. Dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di trasferimento (volontario o dovuto ad esigenze organizzativo/funzionali) aziendali ad altra U.O. o Servizio, a decorrere dalla data del trasferimento non sarà più applicabile nei propri confronti il criterio della “priorità” con riferimento all’U.O. di provenienza.

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**