

Al Direttore UOC
Organizzazione risorse umane e politiche del personale
AST Ancona

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITÀ EXTRA – ISTITUZIONALE ex art. 3 quater D.L. 127/2021

Il/la sottoscritto/a

(C.F. _____), nato/a a _____, il
_____/_____/_____, residente
a _____ via _____

Telefono _____ qualifica _____,

dipendente a tempo: INDETERMINATO DETERMINATO
in servizio presso _____

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere la sotto indicata attività o ad assumere il sotto indicato incarico:

SOGGETTO COMMITTENTE (Indicare i seguenti dati):

- Ente pubblico Ente privato non convenzionato neppure parzialmente con il SSN
 Singolo utente privato

Denominazione per esteso:

Indirizzo: Via _____, Città _____,
CAP _____

Partita IVA e/o Codice Fiscale:

Tel. _____, E-mail/PEC _____

PRESSO (indicare struttura e luogo dove verrà svolto l'incarico)

PERIODO (indicare la durata temporale dell'incarico):

MODALITA' (indicare la modalità di espletamento dell'incarico in termini di impegno stimato):

Documenti da allegare:

- **Copia di un documentò di identità in corso di validità.**
- **Bozza del contratto di collaborazione che si intenderebbe sottoscrivere con soggetto o azienda privata o pubblica: il contratto deve riportare la tipologia di attività professionale richiesta, la sede/sedi operative ove l'attività professionale sarà svolta; l'impegno orario giornaliero/settimanale/mensile; il compenso pattuito.**
- **Dichiarazione del legale rappresentante dell'Ente conferente l'incarico, che lo stesso non è soggetto convenzionato con il SSN.**

DICHIARA

(barrare le caselle di interesse)

(barrare solo nel caso di instaurazione di rapporti di lavoro autonomo con struttura privata) che la struttura privata accreditata o non accreditata presso cui verrà svolto l'incarico non è convenzionata neppure parzialmente con il SSN;

di essere titolare di partita IVA

di non essere titolare di partita IVA

di non avere prescrizioni del medico competente per l'esercizio dell'attività lavorativa cui è addetto

ovvero

di avere prescrizioni del medico competente che comportano misure organizzative o limitazioni e di impegnarsi a non prestare attività lavorativa in conflitto con le suddette limitazioni/prescrizioni riconosciute per l'attività ordinaria in Azienda.

DICHIARA INOLTRE

- di essersi personalmente accertato che il soggetto conferente l'incarico ed eroga il compenso non ha in essere contratti per la fornitura di beni o servizi con l'Azienda;
- di non essere titolare di un contratto di lavoro a tempo parziale in ragione delle proprie esigenze personali o familiari e di non essere beneficiario/a di riduzioni dell'orario di lavoro a qualsiasi titolo;
- che l'incarico non rientra tra i compiti e doveri d'ufficio;
- che non sussistono personali motivi di incompatibilità e/o situazioni anche potenziali di conflitto di interesse;
- che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di servizio, al di fuori dei giorni concessi per ferie, malattia, infortunio, maternità, congedo parentale, aspettativa, permesso retribuito e senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda di appartenenza;
- di assicurare il puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione nelle modalità e negli orari di svolgimento delle situazioni correlate all'incarico, che dovessero intervenire successivamente alla autorizzazione.
- di impegnarsi al rispetto delle norme sull'orario di lavoro (anche in termini di durata media/massima settimanale dell'orario di lavoro), facendo in modo che il cumulo degli impegni lavorativi con l'Azienda e con il soggetto conferente l'incarico rispetti la fruizione dei riposi giornalieri e settimanali e il riposo per ferie e quindi non pregiudichino il recupero psicofisico.
- Di impegnarsi inoltre a produrre ogni tre mesi, nel corso dell'attività, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, comprovante il rispetto delle norme sull'orario di lavoro.

- di impegnarsi al rispetto del Codice di Comportamento Aziendale con particolare riferimento alle prescrizioni riguardanti i rapporti esterni alla Azienda di appartenenza.
- di rendersi disponibile ad effettuare prestazioni aggiuntive per la riduzione delle liste di attesa.
- Di impegnarsi a produrre la visura catastale e/o statuto del soggetto conferente l'incarico da cui risultino assetto societarie ed attività autorizzate/svolte ove richiesto dal responsabile del procedimento

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Ente emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (art. 71 e 75 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.).

Data _____ Firma _____

Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità

.....

IL SOTTOSCRITTODIRIGENTE DELLE PROFESSIONI
SANITARIE AREA.....

Attesta che l'attività extra – istituzionale richiesta dal dipendente

- 1) **è compatibile** con l'orario di lavoro e l'orario di servizio del dipendente e più in generale con l'organizzazione aziendale e non è quindi, tra l'altro, di ostacolo alla programmazione ed all'effettuazione dei turni di lavoro e a quelli di pronta disponibilità.
 non è compatibile con l'orario di lavoro e l'orario di servizio del dipendente e più in generale con l'organizzazione aziendale ed è quindi, tra l'altro, di ostacolo alla programmazione ed all'effettuazione dei turni di lavoro e a quelli di pronta disponibilità
- 2) **non comporta pregiudizio** all'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa;
 comporta pregiudizio all'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa.

Si esprime, pertanto, parere finalizzato ad:

- AUTORIZZARE** l'attività extra – istituzionale del richiedente
- NON AUTORIZZARE** l'attività extra – istituzionale del richiedente per le seguenti **oggettive motivazioni:**

Data

Firma del Dirigente delle Professioni Sanitarie
