



Al Direttore Generale della Azienda Regionale Emergenza Urgenza della Sardegna
protocollogenerale@pec.areus.sardegna.it

Richiesta autorizzazione per l'esercizio di attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio per il personale sanitario del comparto ai sensi dell'art. art. 3 quater D.L. 127/2021 e ss.mm. ii..

La/Il sottoscritta/o _____,
Codice fiscale _____, matricola _____,
dipendente della AREUS con contratto di lavoro a tempo pieno,
indeterminato/determinato, profilo professionale: _____
Tel/cell. _____ e-mail _____
pec _____; In servizio presso la Struttura
_____ sede _____

chiede l'autorizzazione

allo svolgimento dell'attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio ai sensi dell'art. art. 3 quater D.L. 127/2021, e ss.mm. ii..

per effetto specifica:

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' (**specificare** l'attività da rendere, la stessa dev'essere riconducibile a quelle proprie del profilo di inquadramento ovvero ad altre attività sanitarie consentite sulla base dell'abilitazione all'esercizio della professione del relativo Albo):



AREUS

Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (**specificare** se l'attività è svolta in modo autonomo o a favore di terzi. Nell'ultimo caso specificare anche la tipologia di rapporto):

PERIODO DI SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE (**specificare** giorni e orario di svolgimento):

dal _____ al _____

per un impegno settimanale di ore _____.

SOGGETTO CHE CONFERISCE L'INCARICO * (**specificare** la denominazione esatta del Soggetto che conferisce l'incarico):

DATI DEL SOGGETTO CHE CONFERISCE L'INCARICO (**tutti i campi sono obbligatori**):

indirizzo: _____ ;

telefono: _____ ;

indirizzo di posta elettronica: _____ ;

indirizzo p.e.c.: _____ ;

C.F. o P.IVA: _____ ;

A TAL FINE

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti;
consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni,



AREUS

Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARA

1. che l'attività non arreca pregiudizio al corretto e regolare svolgimento delle attività istituzionali;
2. che l'attività non determina una situazione di conflitto di interessi rispetto all'attività istituzionale svolta presso l'AREUS;
3. che l'attività sarà svolta nel rispetto degli obblighi di fedeltà e diligenza di cui agli artt. 2104 e 2105 del Codice Civile, del Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e ss.mm. ii. "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e del Codice di Comportamento Aziendale;
4. che l'attività verrà svolta fuori dall'orario di lavoro;
5. di assolvere all'orario di lavoro ordinario settimanale previsto da contratto e di non trovarsi in debito orario con l'AREUS;
6. che l'attività non sarà espletata durante periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, congedo parentale, aspettativa, permesso retribuito e ferie (almeno con riferimento al periodo annuale minimo di quattro settimane di cui all'art. 10 del D. Lgs. 66/2003);
7. di impegnarsi, in ogni caso, ad assicurare il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento delle attività assegnate nell'ambito della struttura di appartenenza;
8. che lo svolgimento dell'attività sarà conforme alle disposizioni in materia di orario di lavoro recate dal D.lgs. 66/2003 e dai CCNL nel tempo vigenti riguardanti, in particolare con riferimento alla durata media massima settimanale dell'orario di lavoro, alle giornate di riposo e alle ore di riposo intercorrenti tra un turno di lavoro e l'altro;
9. di impegnarsi a trasmettere, con cadenza periodica mensile, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, comprovante il rispetto dell'impegno assunto ai sensi del punto precedente nonché, indicante:
 - A) impegno orario complessivo per le prestazioni libero professionali svolte nel mese precedente ed indicazione della data e degli orari di svolgimento dell'attività libero professionale di cui trattasi;
 - B) importi percepiti per le prestazioni libero professionali svolte nel mese precedente con indicazione dei dati inerenti il soggetto erogante il compenso;
11. che l'attività verrà svolta senza utilizzo di beni, mezzi o attrezzature dell'Azienda;
12. che l'attività non arreca pregiudizio al prestigio e all'immagine della AREUS;
- 13. indicare qualsiasi altra informazione e/o dichiarazione prevista da Regolamento.**



AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 28.12.2000, n.445) e si impegna a comunicare all'AREUS qualunque variazione dovesse intervenire in ordine alle caratteristiche dell'attività o dell'incarico sopra dettagliato.

Data

(firma)

Autorizza espressamente l'utilizzo dei propri dati personali ai sensi del Protocollo operativo Europeo sulla privacy 2016/679 e del D Lgs 196/2003 e ss.mm.ii..

Data

(firma)



Autorizzazione del Direttore/Direttrice della Struttura Sanitaria presso cui è svolta l'attività di servizio

Il /La sottoscritto/a _____

Direttore/Responsabile della struttura _ _ _ _

verificato che l'attività sopra descritta del dipendente:

- Non risulta risulta compatibile con i compiti e i doveri del dipendente;
- Non risulta risulta compatibile sotto il profilo organizzativo;
- Non risulta risulta che il dipendente rispetta l'orario di lavoro ordinario settimanale e non si trova in debito orario con l'Azienda;

Esprime parere

- Favorevole
- Non favorevole per le seguenti motivazioni

Data,

(firma del Direttore/Direttrice)



Autorizzazione del Dirigente delle Professioni Sanitarie

Il/La _____

Dirigente delle Professioni Sanitarie,
verificato che l'attività sopra descritta del dipendente:

- Non risulta risulta compatibile con i compiti e i doveri del dipendente;
- Non risulta risulta compatibile sotto il profilo organizzativo;
- Non risulta risulta che il dipendente rispetta l'orario di lavoro ordinario settimanale e non si trova in debito orario con l'Azienda;

Esprime parere

- Favorevole
- Non favorevole per le seguenti motivazioni

Data,

(firma del Dirigente)