



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Richiesta di autorizzazione relativa al personale del comparto sanità di cui alla legge n.43/2006, allo svolgimento di attività acc. 3 quadri 2006 n.127/2006 convertita in L. n.165/2021 come modificato dal D.L. n.36/2023 convertito in L. n.56/2023

Modello A

Al Direttore Generale/Commissario Straordinario
Per il tramite dell'U.O.C Affari Generali
affarigenerali@policlinico.pa.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione per lo svolgimento di attività extra aziendali esercitabile dagli operatori delle professioni sanitarie del comparto sanità di cui alla Legge n.43/2006

Il/La sottoscritto/a, _____ nato/a a _____ il _____ ,
codice fiscale _____, residente in _____, via
_____, dipendente di questa amministrazione con il profilo
di _____, matricola n. _____ ed in servizio presso la
UOC _____, con rapporto di lavoro a tempo pieno, cell.
_____ email _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.i.m., consapevole delle responsabilità in cui incorre in caso di dichiarazioni false o mendaci:

- a. che l'incarico professionale che intende svolgere è il seguente : _____ conferito da _____ (specificare: ente pubblico /ente privato/singolo utente) avente sede a _____ PI/C.F. _____, che verrà effettuato dal _____ al _____, che comporterà un impegno orario settimanale di n. ore _____, e che sarà articolato nelle seguenti giornate _____ e con i seguenti orari di svolgimento _____, e a fronte del quale, percepirà un compenso pari ad € _____;
- b. di conoscere il Regolamento aziendale riguardante la presente richiesta;
- c. che è consapevole che il monte ore complessivo settimanale per lo svolgimento dell'attività per cui è richiesta autorizzazione non potrà superare le otto ore settimanali;
- d. che l'attività da svolgere è compatibile con il proprio orario di lavoro e di servizio e non è di ostacolo alla programmazione dei turni di lavoro e di pronta disponibilità;



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

- e. di manifestare disponibilità in via preventiva all'effettuazione di orario aggiuntivo in favore dell'Azienda di appartenenza qualora lo richiedano i piani di recupero delle liste d'attesa;
- f. di obbligarsi a comunicare eventuali variazioni nelle modalità e negli orari di svolgimento delle prestazioni professionali, corredando tale comunicazione di variazione dei "Nulla Osta" di cui ai Modelli B e C;
- g. di impegnarsi all'osservanza delle disposizioni in materia di orario di lavoro recate dal D.Igvo n.66/2003 e dei CCNL nel tempo vigenti, riguardanti, in particolare la durata media massima settimanale dell'orario di lavoro, le giornate di riposo e le ore di riposo intercorrenti tra un lavoro e l'altro;
- h. di impegnarsi, con cadenza trimestrale, a presentare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, reso nelle forme del D.P.R.n.445/2000 e s.i.m., comprovante il rispetto dell'impegno assunto di cui alla precedente lettera g.
- i. di essere consapevole che in caso di autorizzazione, l'ente conferente l'incarico, o me stesso nel caso di prestazione a favore di un utente, ha l'obbligo di comunicare il pagamento dei compensi effettuati in mio favore entro 15 giorni dall'erogazione all'U.O.C. Affari Generali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone.

DICHIARA, altresì,

ai sensi e per gli effetti del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 e della normativa nazionale (artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003), di essere informato che il trattamento dei propri dati personali avviene per fini istituzionali.

ALLEGA

1. Lettera di incarico (o altra documentazione) relativa all'incarico extra aziendale;
2. documento d'identità;
3. Parere Nulla Osta del RAD o in carenza di RAD di soggetto abilitato a rendere tale parere/nulla osta redatto in conformità al Modello B
4. Parere Nulla Osta del Responsabile dell'U.O.C e del Responsabile del Dipartimento di appartenenza redatto in conformità al Modello C
5. Autorizzazione redatta in aderenza al Modello D

Palermo

Il Richiedente