

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Regolamento approvato con delibera c.e. n. 17 del 28/10/2014

Revisioni/integrazioni approvate con delibera C.E. n. 1 del 20/04/2015, n.16 del 2/09/2015, n. 9 del 18/03/2016, n. 32 del 5/10/2016 e n. 10 del 30/10/2018

Il sottoscritto Dr. _____ codice ISS _____

N° matr. _____ e-mail _____

In qualità di _____ (disciplina professionale presso l'ISS)

Con rapporto di lavoro _____

CHIEDE

Il rilascio della autorizzazione a svolgere l'attività libero professionale, di cui al regolamento aziendale vigente (Delibera C.E. n.16 del 2/09/2016 e delibera n. 9 del 18/03/2016 parte integrante al Regolamento , come:

 Intramuraria

Presso l'UOC _____

 Intramuraria allargata presso strutture esterne – in qualità di _____ (se attività diversa ISS)

presso la struttura ospedaliera / clinica /ambulatorio _____

con sede in _____ Via _____ n. _____ Tel. _____

e-mail _____ per la quale si richiede l'attivazione di convenzione.**DICHIARA**

- di aver preso visione del Regolamento in tema di libera professione e di accettarne integralmente le disposizioni;
- di essere consapevole di dover osservare obbligo di fedeltà all'Istituto Sicurezza Sociale, derivante dal rapporto di lavoro in essere con lo stesso e di non avere conflitti di interesse in tale attività
- di esercitare l'attività libero professionale nella salvaguardia delle esigenze di servizio e dell'attività necessaria per i compiti istituzionali, in particolare garantendo la presenza in servizio necessaria e tempi di attesa standard ;
- di effettuare prestazioni rientranti nella disciplina di appartenenza del sottoscritto a garanzia della competenza tecnico Professionale (come da contratto sottoscritto con l'ISS)
- di possedere la copertura assicurativa richiesta e depositata presso questo ufficio in data _____ con scadenza al _____

Al fine dell'esercizio della Libera Professione in discipline istituzionali diverse da quelle di appartenenza presso l'ISS e in discipline non rientranti nella medicina istituzionale (previste nel decreto 5 maggio 2005 n. 70) deposita idonea documentazione attestante la qualifica per lo svolgimento dell'attività

Al fine di ottenere il necessario nulla osta (solo per la Libera Professione Intramuraria)

SI RIPORTANO in allegato (Mod. LP2 – Mod. LP3)

- il parere del Direttore di UOC, in merito alla compatibilità dell'attività Libero Professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali;
- gli attuali tempi di attesa per le stesse prestazioni in regime istituzionale (che verranno monitorati trimestralmente)
- la disciplina, l'elenco delle prestazioni che si intende esercitare in libera professione, i giorni e gli orari in cui si intende svolgere l'attività
- l'eventuale equipe o personale di supporto necessario
- l'eventuale utilizzo di attrezzature e apparecchiature

Data _____ Firma del richiedente/dichiarante _____

Data _____ parere _____ Il Direttore UOC _____

Data _____ parere _____ Il Direttore Dipartimento _____

IL COMITATO ESECUTIVO **AUTORIZZA** **NON AUTORIZZA** Delibera n. ____ del _____