

Il Professionista/Equipe Medica di UOC. _____

Richiede eventuale equipe o personale di supporto necessario per:

- Libera Professione Intramuraria UOC _____
- Libera Professione Intramuraria Allargata c/o _____

Il personale in elenco

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
- 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;
- di possedere la copertura assicurativa richiesta
- di non avere conflitti di interesse in tale attività

<i>Cognome Nome</i>	<i>Mansione</i>	<i>Firma accettazione</i>	<i>Assicurazione consegnata in data</i>

Data _____

Il Medico richiedente

Il Direttore di UOC

Il Direttore di Dipartimento
