



**RICHIESTA EFFETTUAZIONE PRESTAZIONI FUORI ORARIO DI SERVIZIO  
da parte del Personale Professioni Sanitarie del Comparto Sanità ex L 43/2006**

Alla  
**S.C. GESTIONE E SVILUPPO  
DELLE RISORSE UMANE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ in servizio c/o S.C. \_\_\_\_\_

Presidio di \_\_\_\_\_ nel profilo professionale \_\_\_\_\_

- titolare di rapporto di lavoro a tempo pieno;
- titolare di rapporto di lavoro a rapporto a tempo parziale \_\_\_\_\_%

Preso atto:

- delle disposizioni contenute nell'art. 3 – quater del Decreto Legge 21 settembre 2021 n. 127, convertito con Legge n. 165 del 19 novembre 2021 e successivamente modificato dall'art. 13 del Decreto Legge n. 34 del 30 marzo 2023 convertito con Legge n. 56 del 26 maggio 2023, con il quale sino al 31.12.2025, non si applicano le incompatibilità previste dal comma 7, dell'art. 4 della Legge n. 412 del 30 dicembre 1991 e dall'art. 53 del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001;
- delle disposizioni aziendali in materia

**CHIEDE**

l'autorizzazione a svolgere l'attività riconducibile alla professione sanitaria di appartenenza/non di appartenenza, presso il seguente soggetto:

➤ il conferente è soggetto:

- di diritto pubblico**                       **di diritto privato**                       **soggetto privato**
- ente privato accreditato SSN**                       **azienda sanitaria pubblica**                       **altro** \_\_\_\_\_

- denominazione/nominativo \_\_\_\_\_
- sede legale/indirizzo \_\_\_\_\_
- codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_
- mail/pec \_\_\_\_\_

➤ tipologia contrattuale utilizzata:

- rapporto libero professionale                       con partita IVA                       altro
- rapporto di lavoro subordinato

**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.200 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci**

**A tal fine dichiara che**

- l'incarico ha ad oggetto la seguente attività riconducibile alla professione sanitaria nel profilo di \_\_\_\_\_ per la quale il/la richiedente ha abilitazione all'esercizio in quanto iscritta all'ordine di \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ (specificare nel dettaglio il tipo di attività svolto extra – orario e allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico di cui trattasi, lettera committente ecc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- l'attività prevede turnazione
  - NO                       SI sulle 12 ore                       SI sulle 24 ore
- l'attività verrà svolta al di fuori dell'orario di lavoro, al di fuori dell'Azienda, senza l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;
- che l'incarico verrà svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (non successiva al 31/12/2025) e per n. ore \_\_\_\_\_ settimanali/mensili
  - nelle seguenti giornate \_\_\_\_\_
  - nei seguenti orari \_\_\_\_\_

## DICHIARA altresì

- di essere a conoscenza del contenuto delle disposizioni di cui all'art. 3-quater del DL 127/2021 e delle norme conseguenti e del vigente regolamento aziendale in materia, accettandone senza riserva i contenuti;
- di impegnarsi a garantire prioritariamente le esigenze organizzative aziendali, sia ordinarie che straordinarie, nel rispetto della turnistica predisposta e delle ulteriori istanze del responsabile del servizio;
- di essere disponibile all'effettuazione di prestazioni aggiuntive; la loro mancata effettuazione senza valida giustificazione, (malattia, ferie, infortunio, ecc) comporterà la revoca dell'autorizzazione;
- che lo svolgimento dell'incarico/attività libero professionale oggetto di autorizzazione si svolgerà nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro previste dal D.lgs. 66/2003 e dai CCNL nel tempo vigenti riguardanti, in particolare, la durata media massima settimanale dell'orario di lavoro, il riposo giornaliero e il riposo settimanale;
- di essere a conoscenza che l'attività oggetto di autorizzazione non potrà essere espletata durante periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, congedi, aspettative, permessi retribuiti e ferie (almeno con riferimento al periodo minimo annuale di quattro settimane di cui all'art. 10 del D. Lgs. 66/2003);
- che l'incarico/attività libero professionale non rientra tra i compiti e doveri d'ufficio;
- che l'incarico/attività libero professionale sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'azienda;
- che l'incarico/attività libero professionale non risulta in conflitto d'interessi, anche potenziale, con l'attività istituzionale svolta e non pregiudica l'esercizio imparziale delle funzioni istituzionali attribuite e il buon andamento dell'attività;
- di impegnarsi a trasmettere all'Azienda, con cadenza periodica trimestrale, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, comprovante il rispetto degli impegni assunti, comunicando inoltre le giornate e gli orari di effettivo svolgimento delle prestazioni ed i compensi percepiti;
- di essere consapevole che nessuna responsabilità è imputabile all'Azienda per fatti riconducibili all'attività di cui alla presente richiesta;
- di essere consapevole che l'Azienda potrà svolgere controlli e revocare l'autorizzazione in caso di violazione delle regole e condizioni stabilite dalle disposizioni normative e regolamentari in materia.

**Non si allega fotocopia del documento di identità del sottoscrittore in quanto depositata agli atti e si dichiara che non sono intervenute variazioni del documento di identità.**

Luogo, data \_\_\_\_\_ Il Dichiarante (firma leggibile) \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/16 "Regolamento generale sulla protezione dei dati circa il trattamento dei dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.**

Luogo, data \_\_\_\_\_ Il Dichiarante (firma leggibile) \_\_\_\_\_

<p>Parere del Direttore DAPSS</p> <p>Il Direttore DAPSS, vista la richiesta dell'interessato e la documentazione allegata, in riferimento al regolare svolgimento dell'attività presso il servizio/reparto di assegnazione, alla compatibilità con l'orario di lavoro e con la programmazione dei turni di lavoro e di pronta disponibilità, all'obbiettivo di interesse aziendale relativo allo smaltimento delle liste d'attesa, nel rispetto della disciplina nazionale del recupero delle predette liste d'attesa anche conseguente all'emergenza pandemica</p> <p style="text-align: center;"><b>ESPRIME</b></p> <p><input type="checkbox"/> parere positivo</p> <p><input type="checkbox"/> parere negativo</p> <p>per le seguenti motivazioni (in caso di parere negativo)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">Timbro e firma</p>
--

Parere del Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Il Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, vista la richiesta dell'interessato e la documentazione allegata, valutata la presenza dei requisiti di ammissibilità e l'assenza di conflitti di interesse, acquisito il parere del Direttore DAPSS, come sopra riportata

**ESPRIME**

- parere positivo
- parere negativo

per le seguenti motivazioni (in caso di parere negativo)

---

---

---

al rilascio dell'autorizzazione all'attività di cui all'art. 3-quater del DL 127/2021, come modificato, da ultimo, dall'art 13 del DL 34/2023, convertito con modificazione dalla L 56/2023.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma