

MODULISTICA

MODULO RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE

Al Direttore Generale della ASL Napoli 3 Sud
protocollo@pec.aslnapoli3sud.it.

Richiesta autorizzazione per attività 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, convertito in l. 165/2021, come modificato dall'art. 13 del d.l. 34/2023, convertito in l. 56/2023

La/Il sottoscritto/a _____
Codice fiscale _____ matricola _____, dipendente della
ASL Napoli3 Sud con contratto di lavoro a tempo pieno, indeterminato/determinato,
profilo professionale: _____
Tel/cell. _____ e-mail _____
pec _____ In servizio presso
l'U.O. _____
sede _____,

chiede l'autorizzazione

ai sensi dell'art. art. 3 quater d.l. 127/2021, convertito in l. 165/2021, come modificato dall'art. 13
del d.l. 34/2023, convertito in l. 56/2023 allo svolgimento dell'attività/incarico di (indicare la
tipologia e descrizione precisa dell'incarico):

Durata di svolgimento dell'attività/incarico: dal _____ al _____
per un impegno settimanale di n. ore _____

Per conto di _____
(indicare la denominazione esatta del Soggetto che conferisce l'incarico: persona fisica, società,
azienda, ente)

indirizzo: _____;
telefono: _____;
indirizzo di posta elettronica: _____;
indirizzo p.e.c. _____;
C.F. o P.IVA del soggetto che conferisce l'incarico _____;
per lo svolgimento di attività professionale con le seguenti modalità:

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,

DICHIARA

1. che l'attività/incarico non arreca pregiudizio al corretto e regolare svolgimento delle attività istituzionali;
 2. che l'attività/incarico non determina una situazione di conflitto di interessi rispetto all'attività istituzionale svolta presso la ASL Napoli3 Sud;
 3. che l'attività/incarico 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/incarico verrà svolto 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'ASL Napoli 3 Sud
 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, anche in ordine ai Progetti di abbattimento delle liste di attesa;
 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, ai fini delle prescritte comunicazioni dell'Azienda all'Anagrafe delle Prestazioni presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, 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.
 10. che l'attività/incarico verrà svolto senza utilizzo di beni, mezzi o attrezzature dell'Azienda;
 11. che l'attività/incarico non arreca pregiudizio al prestigio e all'immagine della ASL Napoli3 Sud .
- Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 28.12.2000, n.445) e si impegna a comunicare all'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano 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 D Lgs 196/2003 e ss.mm.ii

Data _____

(firma)

Autorizzazione del Direttore Sanitario

Il / Lasottoscritto / a _____

Direttore _____

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 l'attività non arreca pregiudizio allo smaltimento delle liste d'attesa
- ☐ 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/Responsabile SPS)

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

Il sottoscritto / a _____

Direttore/Responsabile 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 l'attività non arreca pregiudizio allo smaltimento delle liste d'attesa
- ☐ 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/Responsabile di struttura)