



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
ad Alta Specializzazione
"Santobono Pausilipon"**

Via della Croce Rossa, 8 - 80122 Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DEGLI ART. N. 46 E 47 DEL D.P.R. 28/12/2000 nr. 445

Al Direttore Generale
dell'A.O. Santobono Pausilipon

Il sottoscritto Dott.ssa/Dott. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via/p.zza _____ n. _____

in servizio presso l'U.O. _____

con la posizione funzionale di dirigente _____

con rapporto di lavoro a tempo _____ dall'anno _____, con matricola

aziendale n. _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

CHIEDE

Di essere autorizzato ad esercitare, ai sensi della normativa vigente, attività libero professionale, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza ed al di fuori del normale orario di lavoro, scegliendo tra le seguenti tipologie previste dal Regolamento Aziendale approvato dal Direttore Generale con Delibera n. 233 del 20/05/2014:

- Attività ambulatoriale (compilare allegato A o B)
- Attività in regime di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery (compilare allegato C)
- Attività di consulenza in convenzione
- Attività di consulto
- Attività ad integrazione di quella istituzionale
- Attività resa a domicilio del paziente
- Attività di medicina legale e di medico competente
- Attività di assistenza domiciliare

e, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non rispondenti a verità sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76,D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m. e i.) sotto la propria responsabilità personale

DICHIARA

- a) di aver optato per il regime di esclusività del rapporto di lavoro;
- b) di esercitare l'attività in ALPI al di fuori dell'orario di lavoro, ivi compreso il lavoro straordinario, i turni di pronta disponibilità e di guardia (Art. 3 punto n. 2 del Regolamento Aziendale);
- c) di prestare attività in ALPI nella disciplina di appartenenza;
- d) di aver preso visione ed accettato integralmente tutte le condizioni, criteri e modalità di esercizio della libera attività professionale intramuraria previsti dall'apposito Regolamento Aziendale approvato dal Direttore Generale con Delibera n. 233 del 20/05/2014;
- e) di essere a conoscenza che nell'istituto dell'attività libero professionale rientrano tutte le tipologie sopraelencate e menzionate nell'art. 2 del Regolamento Aziendale e che tutta l'attività resa in regime di libera attività professionale non comporterà globalmente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per l'assolvimento delle attività istituzionali.

Lo scrivente allega alla presente copia del proprio documento di identità :

_____ n. _____

Rilasciato da _____ il _____.

- Si autorizza il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196/2003

Napoli, li _____

In fede

Dott. _____
(firma e timbro)