



AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
RAGUSA
PIAZZA IGEA N. 1
RAGUSA

OGGETTO: Richiesta a svolgere attività libero professionale presso strutture non accreditate

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ in servizio presso _____
con la qualifica di _____ con rapporto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato (scadenza _____), matricola n. _____
in possesso della specializzazione in recapito telefonico _____

- visto il D.Lgs. n. 502/92 e s.m.;
- visti i CC.CC.NN.LL. dell'Area relativa alla Dirigenza Medica e Veterinaria del S.S.N.;
- visti i CC.CC.NN.LL. dell'Area relativa alla Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del S.S.N.;
- visto il D.P.C.M. del 27/02/2000;
- visto il Regolamento sull'Attività Libero Professionale, approvato con delibera n.1542 del 23/07/2015

CHIEDE

di effettuare attività libero professionale nella seguente disciplina presso strutture non accreditate per la seguente motivazione:

L'attività sarà espletata presso il seguente centro autorizzato dall'ASP di Ragusa:

nei seguenti giorni e orari:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> lunedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> martedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> mercoledì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> giovedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> venerdì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> sabato | dalle ore _____ | alle ore _____ |

Le prestazioni e le tariffe relative all'attività libero professionale saranno le seguenti:

codice nomenclatore regionale	tipologia prestazione	tariffa finale

Il sottoscritto, consapevole, che nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, si applicheranno le sanzioni previste, sotto la propria responsabilità civile e penale, dichiara:

- di conoscere e accettare quanto contenuto nel regolamento aziendale per la disciplina dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria;
- che l'attività libero professionale sarà svolta fuori dell'orario di servizio;
- che nello svolgimento dell'attività libero professionale non è consentito l'uso del ricettario del S.S.N.
- di essere a conoscenza che la presente autorizzazione potrà essere revocata dalla Direzione Sanitaria in qualsiasi momento con un preavviso di 7gg.

Ragusa, lì _____

Con osservanza

Parere Direttore Medico di Presidio

Il Direttore Sanitario Aziendale
