

ALLEGATO 1

Alla ASL Sulcis Iglesiente

RICHIESTA RILASCIO AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ed OBBLIGATORIA

Allo svolgimento di attività professionale esterna (fuori orario di servizio) ai sensi dell'art. 3-quater D.L. n. 127/2021 convertito dalla L. 165/2021 come modificato dall'art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito dalla L. 56/2023

INVIARE VIA MAIL a: risorseumane@aslsulcis.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via/P.zza _____ n° _____

con rapporto di lavoro a tempo pieno (36 h) :

☐ a tempo **indeterminato** ☐ a tempo **determinato**

Profilo professionale di inquadramento in ASL Sulcis Iglesiente: _____

Struttura di appartenenza: _____

recapito telefonico: _____ e-mail istituzionale: _____@aslsulcis.it pec: _____

C H I E D E

di essere autorizzato\la a svolgere, fuori orario di lavoro e fuori dalle Strutture di ASL Sulcis Iglesiente

ATTIVITA' PROFESSIONALE di: _____

IN FORMA di:

- ☐ lavoro autonomo individuale
☐ lavoro dipendente presso terzi (solo privati)
☐ collaborazione libero-prof.le presso terzi (ente pubblico e/o privati)

SOGGETTO CONFERENTE:

- ☐ Ente Pubblico
☐ Privato / Soggetto diverso (non Ente Pubblico)

DATI DEL SOGGETTO CONFERENTE (non compilare in caso di lavoro autonomo individuale)

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE _____

Indirizzo: _____

CODICE FISCALE: _____ P.IVA _____

MAIL Aziendale/Istituzionale _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO _____

(indicare città e indirizzo)

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

IMPEGNO ORARIO PRESUNTO: n. _____ ore settimanali

COMPENSO PRESUNTO € _____ *(indicare importo lordo annuale presunto)*

Il/la sottoscritto/a _____

D I C H I A R A

- a.** che l'attività professionale esterna non arrecherà pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività istituzionale e che la stessa verrà svolta al di fuori dell'orario di servizio e senza utilizzare beni, mezzi, ed attrezzature aziendali;
- b.** che l'attività professionale esterna è compatibile con l'organizzazione della Struttura di appartenenza e, più in generale, con l'organizzazione aziendale, e che la stessa non ostacola la programmazione e l'effettuazione dei turni di servizio e/o dei turni di pronta disponibilità (se dovuta);
- c.** di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale;
- d.** di impegnarsi ad osservare i vincoli stabiliti dalla vigente normativa di legge e/o CCNL in materia di orario di lavoro, con particolare riguardo: al rispetto del riposo giornaliero non inferiore a n. 11 ore fra un turno di lavoro e l'altro; alla durata media di n. 48 ore settimanali dell'orario di lavoro, comprensive delle ore di lavoro straordinario (calcolata su un periodo di n. 6 mesi);
- e.** di non trovarsi in situazione di debito orario, risultante a saldo cartellino-presenze;
- f.** di impegnarsi ad esibire alla società/ente/amministrazione committente dell'attività esterna i certificati di idoneità / limitazione alle mansioni rilasciati dal Medico Competente dell'Azienda;
- g.** che non usufruirà, a copertura dell'eventuale assenza dal servizio connessa allo svolgimento dell'incarico, dei seguenti giustificativi: congedo per rischio radiologico, congedi, missione o servizio esterno, pur se a titolo gratuito, permessi retribuiti, permessi ex L. n. 104/1992, aspettative, infortunio, malattia;
- h.** di essere a conoscenza che l'autorizzazione deve essere preventiva rispetto alla data di inizio dell'attività;
- i.** di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 3-quater D.L. n. 127/2021 convertito dalla L. 165/2021 come modificato dall'art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito dalla L. 56/2023, l'attività esterna deve essere sempre formalmente autorizzata, dovendosi escludere qualsiasi forma di silenzio-assenso;
- j.** di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare alla S.C. Risorse Umane, entro il 5° giorno del mese successivo a quello di riferimento, le date e gli orari dell'attività svolta.

Il/la sottoscritto/a, _____ inoltre,

D I C H I A R A I N V I A P R E V E N T I V A

- a.** di essere disponibile ad effettuare l'orario aggiuntivo richiesto dall'Azienda in attuazione dei piani di smaltimento e/o recupero delle liste d'attesa, a prescindere dalla situazione delle liste d'attesa riferita alla Struttura di attuale appartenenza;
- b.** di essere a conoscenza che la dichiarazione di disponibilità e condizione essenziale per l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività professionale esterna;
- c.** di essere a conoscenza che la mancata effettuazione dell'orario aggiuntivo di cui sopra, senza idonea giustificazione, comporta l'automatica revoca dell'autorizzazione all'attività esterna.

Allega in copia:

- 1) Documentazione relativa al conferimento dell'incarico (Lettera conferimento, Contratto prestazione d'opera, ecc. sottoscritta dall'Ente Conferente);
- 2) Documento di identità in corso di validità (fronte/retro);
- 3) Allegato 1 (RICHIESTA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ED OBBLIGATORIA);

- 4) Allegato 2 (DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA');
5) Allegato 3 (PARERE PREVENTIVO OBBLIGATORIO DEL DIRETTORE S.C. PROFESSIONI SANITARIE).

Le presenti dichiarazioni sono rese ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

_____, lì _____

Il/La Dichiarante

(firma leggibile)

NULLA OSTA DEL DIRETTORE U.O.

Preso atto di quanto dichiarato dal/dalla Dipendente e accertato che

- ☐ Non Sussistono
- ☐ Sussistono

Conflitti d'interessi, anche potenziali e comunque aspetti che possano influire negativamente sulla correttezza dell'attività istituzionale, sul rendimento del destinatario dell'incarico, sugli interessi e sull'immagine dell'Azienda

- ☐ SI rilascia il nulla osta
- ☐ NON si rilascia il nulla osta

Il Direttore della struttura di afferenza

(firma leggibile per e steso e timbro)

N.B. Per le comunicazioni riguardanti la presente, incluso il rilascio dell'autorizzazione, l'Ufficio potrà utilizzare, in luogo di comunicazioni cartacee, la casella di posta elettronica istituzionale del/della richiedente indicata nelle premesse, ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, "Codice dell'amministrazione digitale". Si invita a controllare frequentemente la posta in arrivo. Le comunicazioni saranno riconoscibili in quanto inviate dall'indirizzo:

risorseumane@aslsulcis.it

N.B. ISTANZE PRIVE O INCOMPLETE DELLE INFORMAZIONI E DOCUMENTAZIONE INDICATA E RICHIESTA NELLA PRESENTE DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE, SARANNO DICHIARATE IMPROCESSABILI