

ALLEGATO 3

PARERE PREVENTIVO OBBLIGATORIO DEL DIRETTORE S.C. PROFESSIONI SANITARIE

Da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro all'ufficio competente.

N.B. istanze prive del presente parere saranno dichiarate IMPROCEDIBILI

Il sottoscritto Direttore della S.C. Professioni Sanitarie, vista la dichiarazione dell'interessato/a e la documentazione allegata, presa visione del vigente Regolamento in materia di disciplina delle attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del Comparto, per quanto di attinenza alla S.C. Professioni Sanitarie, fatte salve le ulteriori valutazioni finali di competenza della S.C. Risorse Umane:

Dichiara in prima istanza che

SUSSISTE

.....
(indicare la motivazione specifica in caso di sussistenza del conflitto di interessi)

NON SUSSISTE la possibilità di un conflitto d'interesse con l'attività svolta dal/dalla dipendente presso la Struttura di appartenenza.

Dichiara altresì che

SUSSISTE

.....
(indicare la motivazione specifica in caso di sussistenza del pregiudizio)

NON SUSSISTE la possibilità di un pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività di servizio presso la Struttura di appartenenza, alla programmazione dei turni di servizio e/o di pronta disponibilità, nonché alla programmazione di orario aggiuntivo richiesto dall'Azienda in attuazione dei piani di smaltimento e/o recupero delle liste d'attesa

Pertanto, esprime:

▪ **PARERE FAVOREVOLE**

▪ **PARERE NEGATIVO.**

.....
(indicare la motivazione specifica in caso di parere negativo)

Sullo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta, Con riserva di modificare il suddetto parere qualora dovessero successivamente emergere evidenze e/o circostanze diverse da quelle dichiarate dall'interessato/a.

Data, _____

II DIRETTORE S.C. PROFESSIONI SANITARIE
(timbro e firma)