



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Modello D

Al Richiedente Dott. _____

e. p.c. All'ente conferente

Oggetto: Autorizzazione allo svolgimento di attività extra ufficio in favore del Dott. _____
avente profilo di _____

Il Dott. _____ Direttore Generale o Commissario Straordinario, legale rappresentante
pro-tempore dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Paolo Giaccone

Visto il "Regolamento Aziendale per la disciplina delle attività extra ufficio esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità di cui alle legge n.43/2006 >>, adottato con deliberazione n. _____ del _____

Vista la richiesta di autorizzazione pervenuta all'Area Affari Generali in data _____ con il n. di protocollo _____, con la quale la S.V. chiede di essere autorizzata allo svolgimento di attività extra ufficio specificamente individuata anche nelle modalità di luogo e di tempo;

Visto il nulla/osta parere favorevole rilasciato dal RAD in data _____

Visto il nulla/osta parere favorevole rilasciati dal Direttore di U.O.C di _____ in data _____ e dal Direttore di Dipartimento di _____ in data _____

Verificato a seguito dell'istruttoria condotta dall'Area Affari Generali che la richiesta di autorizzazione è corredata dalle prescritte dichiarazioni, rese nelle forme del D.P.R. n.445/2000 e nel rispetto della modulistica all'uopo prevista, e che l'attività che si intende svolgere risulta consentita e, di converso, non sussiste alcun divieto o conflitto di interessi;

ATTESTA

che non risulta pregiudicato l'obiettivo aziendale l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste d'attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica

AUTORIZZA



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Il Dott. _____ nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, dipendente di questa amministrazione con il profilo di _____, matricola _____ ed in servizio presso la UOC _____, a svolgere l'attività di _____ conferita da _____ avente sede a _____ PI/C.F. _____, che verrà effettuata dal _____ al _____, che comporterà un impegno orario settimanale di n. ____ ore _____, e che sarà articolata nelle seguenti giornate _____ e con i seguenti orari di svolgimento _____, e a fronte del quale, percepirà un compenso pari ad € _____.

All'ente conferente, che legge per conoscenza, si rammenta che, ai sensi dell'art. 53 comma 11 del Dlvo n.165/2001 e s.i.m, ha il preciso onere di comunicare a questa Azienda l'ammontare dei compensi erogati ed entro 15 giorni dalla loro erogazione; e ciò all'indirizzo di posta elettronica: protocollo@cert.policlinico.pa.it

Palermo li _____

IL Direttore Generale

Dott. _____