



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Modello E

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 dell'U.O.C. Affari Generali dell'Azienda Ospedaliera
Universitaria Policlinico Paolo Giaccone, delegato all'uopo dal Direttore Generale o Commissario
Straordinario, legale rappresentante pro-tempore della medesima azienda, con nota del _____
avente protocollo n. _____

Visto il "Regolamento Aziendale per la disciplina delle attività extra ufficio esercitabili dal personale
delle professioni sanitarie del comparto sanità di cui alla 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



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

AUTORIZZA

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 dell'U.O.C. Affari Generali
Dott. _____