

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
Policlinico “Gaetano Martino” di Messina

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico “Gaetano Martino” – Messina

Oggetto: Richiesta di attivazione dell'ALPI (art. 31 del Regolamento Aziendale).

__l__ sottoscritt__ dott. _____ tel. _____ e-mail _____,
disciplina _____ In servizio a tempo _____
presso l'unità operativa _____ con la posizione funzionale di
dirigente _____, a rapporto esclusivo di lavoro

Chiede

Di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale medica e/o chirurgica ambulatoriale, individualmente o in
equipe con i dottori, in servizio presso la stessa Unità Operativa:

1) Cognome _____ Nome _____ Matricola _____

2) Cognome _____ Nome _____ Matricola _____

3) Cognome _____ Nome _____ Matricola _____

compatibilmente con le attività istituzionali, al di fuori del normale orario di lavoro e negli spazi presso la propria unità
operativa, nei giorni e negli orari di seguito indicati:

- giorno della settimana _____ dalle ore _____ alle ore _____

- giorno della settimana _____ dalle ore _____ alle ore _____

- giorno della settimana _____ dalle ore _____ alle ore _____

con l'utilizzo della strumentazione di proprietà di codesta Amministrazione e con il supporto del seguente personale, in
servizio presso la stessa U.O.:

a) Cognome _____ Nome _____
qualifica _____ Matr. _____

b) Cognome _____ Nome _____
qualifica _____ Matr. _____

Il sottoscritto/l'équipe intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni proponendo il
relativo onorario, **come da allegata scheda per la determinazione della tariffa** (allegato 1).

__l__ sottoscritto, così come previsto dall'art. 32 del Regolamento Aziendale, allega alla presente richiesta la
seguente documentazione:

1. scheda per la determinazione della tariffa (allegato 1)

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
Policlinico “Gaetano Martino” di Messina

2. dichiarazione attestante il numero di prestazioni erogate in attività istituzionale nell'anno/semestre precedente, oggetto dell'istanza (allegato 2);
3. la “**Scheda Job Description**” delle principali attività svolte in attività istituzionale, sottoscritta dal Direttore dell'UOC di riferimento (allegato 3);
4. attestato o certificazione di qualificazione professionale (solo nel caso in cui il professionista intenda svolgere prestazioni diagnostiche ad ultrasuoni) (allegato 4);
5. dichiarazione di disponibilità del personale di supporto (allegato 5).

__1__ sottoscritt__, con riferimento alla presente richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale presso l'Azienda, consapevole delle responsabilità cui può andare in contro nei casi di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed abuso di atti falsi, secondo quanto prescritto dall'art. 76, del DPR n° 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'A.L.P.I. deve essere esercitata al di fuori dell'orario di lavoro;
- di essere a conoscenza del regolamento adottato dall'Azienda con delibera n° 95 del 06/02/2015, che disciplina l'A.L.P.I.;
- di aver preso visione della normativa nazionale e regionale vigente in tema di libera professione e di accettarne integralmente le disposizioni legislative e regolamentari in essere;
- che l'attività libero professionale viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze di servizio e dell'attività necessaria per i compiti istituzionali;
- che le prestazioni effettuate rientrano nella disciplina di appartenenza del sottoscritto a garanzia della competenza tecnico professionale;
- che il volume delle prestazioni effettuate in regime libero professionale non sarà prevalente rispetto a quello effettuato per compito istituzionale;

Messina ____/____/____

Il Professionista

I componenti l'equipe:

Il Direttore del Dipartimento Assistenziale

Parere _____

(timbro e firma)