



Modulo per la richiesta autorizzazione ai sensi dell'art. 3-quater DL 21 settembre 2021, n. 127, come modificato dall'art. 13 del DL 30 marzo 2023, n. 34, convertito in Legge n.56 del 26/05/2023.

Al Direttore dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane
Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II

Il/la sottoscritto/a _____ Matricola _____

In servizio presso _____

Tel.: _____ Fax: _____

e-mail: _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 3 quater DL 21 settembre 2021, n. 76, come modificato dall'art. 13 del DL 30 marzo 2023, n. 34 di essere autorizzato/a a svolgere la seguente attività riconducibile alle professioni sanitarie per le quali si è in possesso delle abilitazioni all'esercizio (descrivere l'attività) :

*** EVENTUALE SOGGETTO CONFERENTE** _____

*** P.IVA/C.F. SOGGETTO CONFERENTE** _____

P.IVA _____

INDIRIZZO _____ **TEL.** _____

E-MAIL: _____

L'INCARICO VERRA' SVOLTO DAL ____/____/____ **al** ____/____/____

IMPEGNO ORARIO COMPLESSIVO _____

PRESSO (SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'INCARICO) _____

L'incarico sarà ☐ retribuito ☐ a titolo gratuito

Compenso lordo previsto/presunto € _____

***TALE CAMPO NON DEVE ESSERE COMPILATO IN CASO DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE SVOLTA IN PROPRIO**

A tal fine dichiara:

- che l'incarico non rientra tra i compiti e doveri d'ufficio;
- che non sussistono motivi di incompatibilità e/o conflitto d'interessi;
- che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'azienda e compatibilmente con le esigenze di servizio;
- che sarà comunque assicurato il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- di impegnarsi ad effettuare, prioritariamente rispetto alle attività esercitabili, orario aggiuntivo in misura non inferiore all'impegno richiesto dalle stesse, al fine di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa.



- di essere consapevole che la richiesta di orario aggiuntivo finalizzato all'obiettivo di cui sopra, da parte dell'AOU avrà la precedenza rispetto all'attività esterna autorizzata e che la mancata effettuazione di orario aggiuntivo, richiesto per tale finalità, senza valida giustificazione comporta la revoca dell'autorizzazione;
- di essere consapevole che l'attività esterna non potrà essere autorizzata, e sarà pertanto sospesa, in situazioni di **debito orario**, fatte salve particolari circostanze adeguatamente motivate ed autorizzate in via eccezionale dalla Direzione Aziendale;
- che l'attività oggetto di autorizzazione si svolgerà nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro previste dal D. Lgs. 66/2003 e dal CCNL vigente riguardanti, in particolare, la durata media massima settimanale dell'orario di lavoro, il riposo giornaliero e il riposo settimanale;
- di essere a conoscenza che l'attività oggetto di autorizzazione non potrà essere espletata durante periodi di assenza dal servizio per malattia, infortunio, maternità/paternità, permessi, congedi o aspettative (anche non retribuiti), riposo biologico e ferie;
- di impegnarsi a trasmettere all'Azienda, con cadenza periodica bimestrale, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n° 445/2000, comprovante il rispetto degli impegni assunti e contenente gli orari di effettivo svolgimento delle prestazioni ed i compensi percepiti;
- di essere consapevole che l'Azienda potrà svolgere controlli e revocare l'autorizzazione in caso di violazione delle regole e condizioni stabilite dalla normativa vigente in materia;
- di essere a conoscenza degli obblighi del dipendente pubblico di cui al DPR. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e del relativo Codice di Comportamento approvato con Deliberazione n 1106 del 28/12/2022 disponibile sul sito aziendale.

DATA ____ / ____ / ____

Firma del richiedente

Il/la dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace e decade dai benefici conseguiti in caso di dichiarazione non veritiera (ex art. 495 c.p.e ex art. 75 e 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.), fermo restando la responsabilità ex art. 53 del D.Lgs.165/2001 e ss.mm.ii..

PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELL STRUTTURA (DIRETTORE DAI/ DIRETTORE SANITARIO/ DIRETTORE UOC TECNICA AMMINISTRATIVA)

Il/La sottoscritto/a _____

Responsabile della struttura _____

DICHIARA E ATTESTA CHE L'ATTIVITA' OGGETTO DELLA PRESENTE ISTANZA:

- 1) ☐ Pregiudica ☐ non pregiudica il corretto e regolare svolgimento dei compiti e dei doveri d'ufficio, nonché l'obiettivo aziendale dello smaltimento delle liste di attesa.
- 2) ☐ Rientra ☐ non rientra nei compiti e doveri d'ufficio del dipendente;
- 3) ☐ Presenta ☐ non presenta profili di conflitti di interesse, anche potenziale, con le specifiche competenze della struttura di servizio del dipendente.

Esprime parere Favorevole ☐ ☐ Non favorevole

DATA

TIMBRO E FIRMA: