

MODELLO richiesta autorizzazione

Al Direttore Generale della ASL 5 di Oristano  
protocollo@pec.asloristano.it

Richiesta autorizzazione per attività professionale al di fuori dell'orario di servizio per il personale sanitario del comparto ai sensi dell'art. art. 3 quater d.l. 127/2021, convertito in l. 165/2021, come modificato dall'art. 13 del d.l. 34/2023, convertito in l. 56/2023

La/Il sottoscritto/o \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_, dipendente della  
ASL n. 5 di Oristano con contratto di lavoro a tempo pieno, indeterminato/determinato,  
profilo professionale: \_\_\_\_\_  
Tel/cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_ In servizio presso  
l'U.O. \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_,

chiede l'autorizzazione

ai sensi dell'art. art. 3 quater d.l. 127/2021, convertito in l. 165/2021, come modificato dall'art. 13 del d.l. 34/2023, convertito in l. 56/2023 allo svolgimento dell'attività/incarico di *(indicare la tipologia e descrizione precisa dell'incarico)*:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durata di svolgimento dell'attività/incarico: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per un impegno settimanale di n. ore \_\_\_\_\_

Per conto di \_\_\_\_\_  
*(indicare la denominazione esatta del Soggetto che conferisce l'incarico: persona fisica, società, azienda, ente)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_;

telefono: \_\_\_\_\_;

indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_;

indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_;

C.F. o P.IVA del **soggetto** che conferisce l'incarico \_\_\_\_\_;

per lo svolgimento di attività professionale con le seguenti modalità:

---

---

---

A TAL FINE, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti;

consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni,

**DICHIARA**

1. che l'attività/incarico non arreca pregiudizio al corretto e regolare svolgimento delle attività istituzionali;
2. che l'attività/incarico non determina una situazione di conflitto di interessi rispetto all'attività istituzionale svolta presso la ASL n. 5;
3. che l'attività/incarico sarà svolta nel rispetto degli obblighi di fedeltà e diligenza di cui agli artt. 2104 e 2105 del Codice Civile, del Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e ss.mm.ii. "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e del Codice di Comportamento Aziendale;
4. che l'attività/incarico verrà svolto fuori dall'orario di lavoro;
5. di assolvere all'orario di lavoro ordinario settimanale previsto da contratto e di non trovarsi in debito orario con l'Azienda ASL 5 di Oristano;
6. che l'attività non sarà espletata durante periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, congedo parentale, aspettativa, permesso retribuito e ferie (almeno con riferimento al periodo annuale minimo di quattro settimane di cui all'art. 10 del D.Lgs. 66/2003);

7. di impegnarsi, in ogni caso, ad assicurare il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento delle attività assegnate nell'ambito della struttura di appartenenza, anche in ordine ai Progetti di abbattimento delle liste di attesa;
8. che lo svolgimento dell'attività sarà conforme alle disposizioni in materia di orario di lavoro recate dal D.lgs. 66/2003 e dai CCNL nel tempo vigenti riguardanti, in particolare con riferimento alla durata media massima settimanale dell'orario di lavoro, alle giornate di riposo e alle ore di riposo intercorrenti tra un turno di lavoro e l'altro;
9. di impegnarsi a trasmettere, con cadenza periodica mensile, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, comprovante il rispetto dell'impegno assunto ai sensi del punto precedente nonché, ai fini delle prescritte comunicazioni dell'Azienda all'Anagrafe delle Prestazioni presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, indicante:
  - A) impegno orario complessivo per le prestazioni libero professionali svolte nel mese precedente ed indicazione della data e degli orari di svolgimento dell'attività libero professionale di cui trattasi;
  - B) importi percepiti per le prestazioni libero professionali svolte nel mese precedente.
10. che l'attività/incarico verrà svolto senza utilizzo di beni, mezzi o attrezzature dell'Azienda;
11. che l'attività/incarico non arreca pregiudizio al prestigio e all'immagine della ASL 5 di Oristano;

Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 28.12.2000, n.445) e si impegna a comunicare all'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano qualunque variazione dovesse intervenire in ordine alle caratteristiche dell'attività o dell'incarico sopra dettagliato.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Autorizza espressamente l'utilizzo dei propri dati personali ai sensi del D Lgs 196/2003 e ss.mm.ii

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Autorizzazione del Dirigente delle Professioni Sanitarie**

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_

Direttore/Responsabile della SC Direzione delle Professioni Sanitarie Area \_\_\_\_\_

Verificato che l'attività sopra descritta del dipendente:

- |                                      |                                  |  |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | compatibile con i compiti e i doveri del dipendente  |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | compatibile sotto il profilo organizzativo   |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | che l'attività non arreca pregiudizio allo smaltimento delle liste d'attesa  |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | che il dipendente rispetta l'orario di lavoro ordinario settimanale e non<br>si trova in debito orario con l'Azienda |

**Esprime parere**

☐ Favorevole

☐ Non favorevole per le seguenti motivazioni

---

---

---

---

---

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del Direttore/Responsabile SPS)

**Autorizzazione del Direttore di Struttura Complessa presso cui è svolta l'attività di servizio**

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_  
Direttore/Responsabile \_\_\_\_\_ della  
struttura \_\_\_\_\_

Verificato che l'attività sopra descritta del dipendente:

- |                                      |                                  |  |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | compatibile con i compiti e i doveri del dipendente  |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | compatibile sotto il profilo organizzativo   |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | che l'attività non arreca pregiudizio allo smaltimento delle liste d'attesa  |
| <input type="checkbox"/> Non risulta | <input type="checkbox"/> risulta | che il dipendente rispetta l'orario di lavoro ordinario settimanale e non<br>si trova in debito orario con l'Azienda |

**Esprime parere**

- ☐ Favorevole
- ☐ Non favorevole per le seguenti motivazioni

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(firma del Direttore/Responsabile di struttura)*