



ASL Brindisi

PugliaSalute

Ufficio Libera Professione

Rag. A.Mancarella

Indirizzo via Napoli, 8 - Brindisi

Tel 0831 536671 email [ufficio.alpi@asl.brindisi.it](mailto:ufficio.alpi@asl.brindisi.it)

## MODELLO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE

Attività libero professionale intramuraria (prestazioni ambulatoriali)

Al Direttore Generale dell'ASL BR  
Via Napoli 8, 72100 Brindisi

All'Ufficio Coordinamento Aziendale ALPI

Tramite: Il Direttore dell'U.O. (di appartenenza)  
di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I sottoscritt \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

In servizio presso l'U.O. di \_\_\_\_\_ con il profilo professionale di:

- a) Direttore (struttura complessa) di \_\_\_\_\_  
b) Responsabile (struttura semplice) di \_\_\_\_\_  
c) Dirigente di \_\_\_\_\_

Inquadrato nella disciplina di \_\_\_\_\_, con rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato/determinato, recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail aziendale o personale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere autorizzat\_ a svolgere attività libero professionale intramuraria ambulatoriale nella disciplina di competenza, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'Unità Operativa di appartenenza e al di fuori del normale orario di lavoro:

Negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione, nella sede di \_\_\_\_\_

Nei giorni e durante gli orari indicati:

Giorni	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_I\_ sottoscritt\_ intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni con il compenso professionale indicato:

Codice Regionale	Prestazione	Compenso

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se già esistente, indicare l'agenda dove si intende integrare le prestazioni \_\_\_\_\_

Con il supporto del sottoelencato personale:

Matricola	Cognome - Nome	Profilo Professionale	Sede - Reparto

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con l'utilizzo delle seguenti apparecchiature di proprietà dell'Azienda:

N. Inventario	Apparecchiatura	Quantità

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il professionista dichiara altresì:

- Di accettare tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento approvato con deliberazione n.1321 del 7/5/2008, con relativi allegati e/o di quelle modificative e integrative dello stesso Regolamento.
- Di essere consapevole che l'art. 72, comma 7, della legge 23/12/1998 n.448, prevede, nel caso di violazione degli obblighi connessi all'esclusività delle prestazioni, la risoluzione del rapporto di lavoro e la restituzione dei proventi ricevuti.
- Di aver chiuso la propria partita IVA.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Parere del Direttore U.O. di appartenenza: \_\_\_\_\_

Il Direttore Responsabile dell'U.O.

Il Direttore della Macrostruttura

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_