

Modello n. 2

**MODELLO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMURARIA PRESTAZIONI IN COSTANZA DI RICOVERO**

Al Sig. Direttore Generale AORN Santobono-Pausilipon

**Oggetto: Richiesta autorizzazione attività libero professionale intramuraria per
l'effettuazione di prestazioni in costanza di ricovero.**

Il sottoscritto dott.

tel.

E-mail

disciplina in servizio a tempo
indeterminato/determinato presso l'unità operativa con la posizione funzionale di dirigente

Chiede

Di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale medica e/o chirurgica in costanza di ricovero,
individualmente/ in equipe con i dottori;

;

compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza ed al di fuori del normale orario di
lavoro negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione 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

con l'utilizzo dei seguenti strumenti di proprietà di codesta Amministrazione

e con il supporto del seguente personale:

e con l'utilizzo (per l'attività chirurgica) della sala operatoria e relativa équipe.

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni, con il compenso
professionale accanto a ciascuna proposto:

prestazione dgr compenso ;

prestazione dgr compenso ;

prestazione dgr compenso

Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel regolamento (e
relativi allegati), che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria e le incompatibilità,
approvato dal Direttore Generale con atto n. del .

Con osservanza

Data

Firma