**FAC SIMILE DI DOMANDA**

(da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE PESCARA**

**Al Direttore Generale**

**Azienda USL di Pescara**

**Via R. Paolini n. 45**

**65124 Pescara**

**all’a.l.p.i.**

alpi@ausl.pe.it

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURAria IN QUALITA’ DI PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO.**

Con riferimento all’Avviso Interno indetto con deliberazione n. 299 del 06.04.2017 e in esecuzione del Regolamento approvato con deliberazione n. 87 del 01/02/2017 concernente la partecipazione alla libera professione intramuraria in qualità di personale di supporto

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipendente a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la U.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e con i seguenti titoli formativi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_attinenti la disciplina per la quale si fa domanda

**CHIEDE**

di essere inserito/a nel gruppo di supporto all’attività libero professionale intramuraria, nei modi e nei tempi previsti nel Regolamento Aziendale della libera professione intramuraria della Dirigenza Medica,

Veterinaria e Sanitaria e secondo quanto previsto dall’Avviso interno sopra citato

**DICHIARA**

di dare la propria disponibilità per l’Unità Operativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, o affine, per un numero di ore settimanali

pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e per la/e sede/i di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**di voler aderire alle seguenti modalità di svolgimento**:

* ambulatoriale;
* ricovero ordinario;
* day hospital,day surgery e APA;
* diagnostica strumentale e di laboratorio

**DICHIARA**

di non avere in corso o aver avuto negli ultimi tre anni conflitti d’interesse, anche potenziali, con l’attività inerente la presente richiesta;

di non aver processi o condanne penali;

di non aver riportato provvedimenti disciplinari negli ultimi tre anni;

di essere in possesso della piena idoneità alla mansione specifica per lo specifico settore per il quale si presenta la domanda;

di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno;

di non fruire di permessi che comportino riduzione oraria giornaliera (es. legge 104/1992 ecc.);

di essere consapevole e di impegnarsi allo svolgimento di detta attività secondo modalità e limiti previsti dall’art. 10 del Regolamento disciplinante lo svolgimento dell’A.L.P.I., approvato con deliberazione n. 87 del 01/02/2017 e indetto con deliberazione n. 299 del 06.04.2017.

**Nello specifico il/la sottoscritto/a si impegna a:**

non svolgere attività di supporto nei giorni di riposo settimanale, durante i congedi per ferie, malattia, legge 104/1992 e s.m.i, durante i periodi di assenza per gravidanza, puerperio, aspettativa, nei giorni e nelle ore di turno di pronta disponibilità e nei giorni di astensione lavorativa per sciopero.

**Dichiara inoltre di essere a conoscenza e di condividere i criteri di individuazione del personale di supporto stabiliti e, specificatamente che:**

* la scelta del personale di supporto sarà operata dal Dirigente che svolge attività libero professionale che lo

individuerà, nell’ambito dell’elenco degli aspiranti formulato dall’Azienda, PRIORITARIAMENTE tra il

personale appartenente al Servizio in cui il Dirigente o l’Equipe svolgono attività libero-professionale,

secondo criteri di rotazione (da effettuare a cura del Dirigente o dell’equipe con cadenza almeno

trimestrale);

* sono escluse dal criterio della rotazione le attività che richiedono una specifica competenza professionale

come quelle di sala operatoria o di impiego di tecnologie di alta specializzazione tecnologica o di

specializzazione nell’ambito della medesima categoria professionale o in caso di impossibilità per carenza

di personale aderente. Dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di trasferimento (volontario o dovuto ad esigenze organizzativo/funzionali) aziendali ad altra U.O. o Servizio, a decorrere dalla data del trasferimento non sarà più applicabile nei propri confronti il criterio della “priorità” con riferimento all’U.O. di provenienza.

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**