Al Direttore della S.C. DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE

MODULISTICA DA CONSEGNARE ALL’UFFICIO PROTOCOLLO ALMENO 45 GIORNI PRIMA DELL’INIZIO DELL’INCARICO

OGGETTO: *RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI RETRIBUITI NEL RISPETTO DELLE LINEE GUIDA AZIENDALI IN MATERIA DI ATTIVITÀ ESERCITABILI DAL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DEL COMPARTO SANITÀ DELLA FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA AI SENSI DELL’ART. 3 - QUATER DEL D.L. N. 127 DEL 21 SETTEMBRE 2021, CONVERTITO DALLA LEGGE N.165 DEL 19 NOVEMBRE 2021, COME MODIFICATO DALL’ART 13 DEL D.L. N. 34 DEL 30 MARZO 2023, CONVERTITO DALLA LEGGE N. 56 DEL 26 MAGGIO 2023*

Il sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di dipendente della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, in servizio presso S.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con rapporto di lavoro :

* tempo pieno
* tempo parziale (ore settimanali n. \_\_)

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E- mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell’art. 3-quater, comma 1, della legge n. 165/2021 e s.m. e i., la preventiva autorizzazione allo svolgimento, al di fuori dell’orario di lavoro e nei limiti stabiliti dalla predetta normativa, dell’attività di seguito indicata:

**DATI DEL SOGGETTO CONFERENTE**

Ragione sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.Iva/Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede legale in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_ città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natura:

* pubblico
* privato

*OVVERO NEL CASO IN CUI IL SOGGETTO CONFERENTE SIA UN SINGOLO UTENTE*

Nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_ città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATI INCARICO

Descrizione dettagliata dell’attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

modalità di svolgimento dell’incarico (giorni e orari) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

data inizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data fine (non successiva a 31.12.2025)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

importo lordo presunto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tipologia di contratto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, nel rispetto della normativa vigente, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artT. 75 e 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

1. la veridicità dei dati indicati;

2. di avere preso visione e piena conoscenza dell'art. 3-quater, comma 1, del DL n. 127/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 165/2021 e s.m. e i.;

3. di avere preso visione e piena conoscenza della regolamentazione aziendale in materia e di accettarne senza riserve le condizioni previste;

4. di avere piena conoscenza delle disposizioni in materia di orario di lavoro di cui al D.lgs. 66/2003 e che l’attività è svolta nel pieno rispetto della normativa, in particolare per quanto riguarda la durata media massima settimanale dell’orario di lavoro, il riposo giornaliero e il riposo settimanale;

5. che provvederà a presentare con cadenza periodica, ogni due mesi, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, comprovante il rispetto degli impegni assunti, comunicando inoltre le giornate e gli orari di effettivo svolgimento delle prestazioni ed i compensi percepiti;

**6**. di impegnarsi, in caso di accoglimento della domanda, a garantire prioritariamente le esigenze organizzative della Fondazione, sia ordinarie che straordinarie, nel rispetto della turnistica predisposta e delle ulteriori istanze del responsabile del servizio;

**7**. che lo svolgimento dell’incarico oggetto di autorizzazione si svolgerà senza interferire con l’organizzazione della Fondazione, che sarà comunque assicurato il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti istituzionali e che la suddetta attività non sarà di ostacolo alla programmazione ed all’effettuazione dei turni di lavoro e a quelli di pronta disponibilità;

**8.** che l’attività non pregiudica l’obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle predette liste di attesa;

**9.** di dare disponibilità, in via preventiva, ad effettuare “area a pagamento e/o prestazioni aggiuntive” tramite la resa di un orario aggiuntivo, alla partecipazione ai piani aziendali di riduzione delle liste d’attesa, secondo la programmazione definita dalla Fondazione;

**10**. che l’attività oggetto di autorizzazione è riconducibile alle professioni sanitarie e non rientra tra i compiti e doveri d’ufficio;

**11**. che l’attività oggetto di autorizzazione non è a favore di fornitori della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e che il soggetto conferente l’incarico non è fornitore;

**12.** che l’incarico sarà svolto al di fuori dell’orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature della Fondazione;

**13.** di essere a conoscenza che l’attività oggetto di autorizzazione non potrà essere espletata durante periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, congedo parentale, aspettativa, permesso retribuito e ferie;

**14.** che non sussistono cause di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, o situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, allo svolgimento dell’incarico, ai sensi della normativa vigente in materia di Trasparenza e Anticorruzione, ed in particolare ai sensi della L. 190 del 06/11/2012 e s.m.i. “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;

**15.** di impegnarsi a richiedere al Committente l’invio dell’attestazione dei compensi percepiti entro 15 giorni dall’erogazione del compenso stesso;

**16.** di essere consapevole che la Fondazione potrà svolgere controlli e revocare/sospendere l’autorizzazione in caso di violazione delle regole e condizioni stabilite dalle disposizioni normative e regolamentari in materia.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare copia della lettera di incarico dell’Amministrazione o Struttura Privata/Convenzionata conferente l’incarico

|  |
| --- |
| PARERE DEL DIRETTORE della S.C. Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e SociosanitarieIl Direttore della S.C. Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie- tenuto conto di quanto previsto dall'art. 3 - quater del D.L. n. 127 del 21 settembre 2021, convertito dalla Legge n.165 del 19 novembre 2021, come modificato dall’art 13 del D.L. n. 34 del 30 marzo 2023, convertito dalla Legge n. 56 del 26 maggio 2023, e della regolamentazione aziendale in material;- vista la dichiarazione dell’interessato e la documentazione allegata, anche con riferimento all'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle predette liste di attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica e al conflitto di interessi, anche solo potenziale, con l’attività istituzionale svolta dal dipendenteVerificato che:- il richiedente è in possesso dei requisiti per l’abilitazione all’esercizio della professione; - le attività professionali saranno esercitate al di fuori dell’orario di servizio e sono rispettose di quanto previsto dalla normative nazionale in materia e dalla relativa regolamentazione aziendale; - l’attività non verrà svolta in favore di soggetti privati che hanno in essere contratti di fornitura di beni e/o servizi con la Fondazione IRCCS; - il richiedente non è titolare di contratto di lavoro a tempo parziale superiore al 50%;- l’attività garantisce prioritariamente le esigenze organizzative aziendali e non è di ostacolo alla programmazione ed all’effettuazione dei turni di lavoro e a quelli di pronta disponibilità;- l’attività richiesta non pregiudica il rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro di cui al D.lgs.66/2003, in particolare per quanto riguarda la durata media massima settimanale dell’orario di lavoro, il riposo giornaliero e il riposo settimanaleESPRIME:* Parere Favorevole In riferimento allo svolgimento di cui alla presente comunicazione, riservandosi di modificare il predetto parere espresso, qualora dai controlli disposti dall’Ente sulla veridicità delle dichiarazioni dell’interessato emergano evidenze diverse da quelle dichiarate.
* Parere NON Favorevole

Motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Il presente parere deve essere inoltrato alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane per le successive comunicazioni di competenza* |