



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 B 71 Rev. 2 del 13/04/2026 Pagina 1 di 4
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' PROFESSIONALE SANITARIA EX D.L. N. 34/2023 CONVERTITO CON L. 56/2023	

Il /la sottoscritto/a	Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>		Matricola	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		tel/cell	<input type="text"/>
In servizio a tempo pieno presso	<input type="text"/>		Qualifica	<input type="text"/>

CHIEDE AUTORIZZAZIONE

ai sensi dell'art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito con L. 56/2023, per svolgere la seguente attività riconducibile alle professioni sanitarie (art. 1 L. 43/2006) per le quali si è in possesso delle abilitazioni all'esercizio (descrivere nel campo sottostante l'attività che si andrà a svolgere):

SOGGETTO CONFERENTE

(ossia il soggetto committente che assegna l'incarico)

Soggetto con Partita IVA/Persona Giuridica

Ragione Sociale	<input type="text"/>	Indirizzo	<input type="text"/>
Natura	<input type="text"/>	P.iva/cod. Fiscale	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		Email/PEC	<input type="text"/>

Obbligatorio allegare alla presente la proposta lavorativa del committente

in alternativa

Singolo utente/Persona Fisica

Luogo di svolgimento dell'attività

DATI ATTIVITA'

Data inizio Data fine ...

Impegno orario settimanale

Indicare i giorni Indicare la fascia oraria

Luogo di svolgimento dell'attività

Importo presunto del compenso

Data ,

Firma _____



Il/la sottoscritto/a DICHIARA

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del DPR 445/2000:

- di aver preso visione del Regolamento Aziendale approvato con Deliberazione n. 990 del 29/09/2023;
- che l'attività verrà svolta, previa autorizzazione, **al di fuori dell'impegno orario settimanale** previsto senza alcun pregiudizio al regolare, puntuale e tempestivo svolgimento dei compiti istituzionali, secondo l'organizzazione e la programmazione aziendale;
- di **non** trovarsi in debito orario con l'azienda;
- di impegnarsi in ogni caso ad assicurare il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento delle attività assegnate nell'ambito della struttura di appartenenza, nonché l'eventuale orario aggiuntivo richiesto per il recupero di prestazioni;
- di rispettare la normativa vigente in materia di orario di lavoro e di impegnarsi ad osservare i prescritti riposi e a conciliare autonomamente, in entrambe le attività, i tempi di lavoro e le pause;
- di aver aperto P. IVA / di non aver aperto P. IVA;
- di essere a conoscenza che sussiste l'obbligo di comunicazione di ogni eventuale variazione di modalità e impegno orario delle prestazioni extra ufficio;
- **di essere consapevole che il termine ad oggi previsto per lo svolgimento dell'attività professionale sanitaria** (consentito agli operatori ex L. n. 43/2006) di cui all'art. 13 del D.L. 34/2023 convertito nella Legge 56/2023, prorogato con D.L. n. 200/2025 convertito in L. n. 26/2026, è il **31/12/2027**;
- di osservare i principi di correttezza, lealtà e buona fede nei confronti dell'Azienda nonché le prescrizioni contenute nel vigente Codice di Comportamento dei dipendenti AOUI Verona;
- la propria disponibilità ad effettuare orario aggiuntivo correlato ai piani aziendali per il recupero delle liste d'attesa (Allegare al presente modulo il **MAG 52 "RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI ORARIE AGGIUNTIVE IN ORARIO DIURNO"**);
- di essere consapevole che il mancato rispetto della normativa in materia di orario di lavoro e/o il mancato rilascio della dichiarazione a ciò finalizzata, nonché il rifiuto dell'effettuazione dell'eventuale orario aggiuntivo richiesto dall'Azienda per il recupero delle liste di attesa sono fra le cause di sospensione/revoca dell'autorizzazione in oggetto.
- di impegnarsi a comunicare periodicamente l'ammontare dei compensi percepiti per incarichi conferiti da soggetti pubblici e/o privati;
- di essere consapevole che sussiste l'obbligo di comunicazione, con cadenza trimestrale, delle giornate/orario di lavoro extra ufficio;

E' CONSAPEVOLE

- che l'attività **non potrà** essere espletata durante periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, congedo parentale, congedo di maternità o paternità, aspettativa, permesso retribuito e ferie (almeno con riferimento al periodo annuale minimo di 4 settimane di cui all'art. 10 del D.Lgs. 66/2003), nonché nei periodi di astensione per riposo biologico per attività che presentano lo stesso rischio;
- che l'attività **non è compatibile** con la contestuale fruizione di permessi retribuiti o di benefici/istituti che comportino una riduzione dell'orario di lavoro presso l'Azienda (es. 150 ore per motivi di studio e/o permessi retribuiti ex legge 104/92);
- che le cause di **sospensione** della presente autorizzazione sono:



- insorgenza di difficoltà organizzative riconducibili, con oggettive evidenze congruamente motivate, anche allo svolgimento delle attività extra ufficio del dipendente;
- inosservanza delle norme in materia di orario di lavoro;
- mancato rilascio da parte del dipendente della dichiarazione periodica inerente l'osservanza dell'orario di lavoro.

L'attività extra ufficio potrà essere ripresa una volta superate le difficoltà organizzative contestuali che avevano determinato la sospensione.

- che le cause di **revoca** immediata dell'autorizzazione sono:
 - il venir meno delle condizioni valutate per il rilascio dell'autorizzazione;
 - sopravvenuta insorgenza di conflitto di interesse;
 - il rifiuto del dipendente, senza valida giustificazione, dell'orario aggiuntivo richiesto dall'Azienda per il recupero delle liste di attesa;
 - per violazione delle prescrizioni del vigente Codice di Comportamento dei dipendenti dell'A.O.U.I. Verona;
- che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente autorizzazione sarà inviata a mezzo mail all'indirizzo di posta aziendale del dipendente;
- che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art. 13 D.Lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);
- che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e delegato al trattamento è il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;
- di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.

data _____

Firma _____



ATTESTAZIONE DEL DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE DELL'AREA DI AFFERENZA

O DIRIGENTE OVE PREVISTO

ai sensi dell'art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito con L. 56/2023

Il dirigente, verificato che l'attività per cui il Dipendente chiede di essere autorizzato:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Non Risulta | <input type="radio"/> Risulta | Compatibile con i compiti e i doveri del Dipendente; |
| <input type="radio"/> Non Risulta | <input type="radio"/> Risulta | Compatibile sotto il profilo organizzativo di programmazione dell'orario di lavoro e di servizio, nonché di pronta disponibilità; |
| <input type="radio"/> Non Risulta | <input type="radio"/> Risulta | Compatibile con le eventuali prescrizioni/limitazioni di idoneità alla mansione specifica del dipendente interessato; |
| <input type="radio"/> Non Pregiudica | <input type="radio"/> Pregiudica | L'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste d'attesa. |

Il dirigente attesta che non sussiste conflitto di interessi nell'esecuzione dell'attività nel rispetto delle disposizioni sotto citate:

- a) instaurazione di rapporti di lavoro di qualsiasi natura o l'effettuazione di prestazioni, anche occasionali, in favore di soggetti nei confronti dei quali il Dipartimento o la Struttura di appartenenza del dipendente svolgano funzioni di vigilanza, controllo e di accertamento/contestazione di illeciti, anche in qualità di UPG, o di applicazione delle relative sanzioni;
- b) instaurazione di rapporti di lavoro di qualsiasi natura o l'effettuazione di prestazioni anche occasionali, in favore di soggetti con i quali, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e dei contratti con associazioni di volontariato, l'Azienda intrattenga rapporti contrattuali in materia di appalti di lavori o di fornitura di beni e servizi;
- c) la titolarità o compartecipazione in imprese, individuali o collettive, o l'assunzione di cariche in Società, Aziende o Enti che operano nel settore sanitario, socio-sanitario, farmaceutico o veterinario con i quali l'Azienda intrattenga comunque rapporti economico-contrattuali;
- d) lo svolgimento di attività presso strutture accreditate, nei confronti delle quali l'Azienda abbia stipulato accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., qualora per il ruolo rivestito il dipendente si trovi in una situazione di conflitto di interessi (ad es. incardinamento in unità operativa che svolge attività collegata all'accreditamento).

Esprime parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

Luogo, data _____

Firma e timbro _____ - _____