



Modulo Aziendale Gestionale	MAG 54
RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' DI SUPPORTO DIRETTO ALLA LIBERA PROFESSIONE	Rev. 0 del 08/01/2016 Pagina 1 di 1

Al Direttore/Responsabile/CAD

UOC/Servizio/Ufficio/MdA

Oggetto: richiesta di partecipazione all'attività di supporto alla libera professione

Il/La sottoscritto/a

Matricola

assunto con la qualifica di

dipendente a tempo pieno presso l'Azienda

Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

CHIEDE DI POTERE SVOLGERE:

- **Attività di supporto diretto ambulatoriale** presso
(quota oraria € 30,00. La quota è da intendersi al netto degli oneri a carico dell'Azienda e dell'IRAP, ma al lordo dell'IRPEF e contributi previdenziali per la quota parte riferita al dipendente);
- **Attività di supporto diretto chirurgico (ivi comprese le prestazioni di chirurgia ambulatoriale in chirurgia plastica, chirurgia maxillo-facciale, di diagnostica invasiva in endoscopia digestiva o urologica)** presso
(quota oraria € 39,00. La quota è da intendersi al netto degli oneri a carico dell'Azienda e dell'IRAP, ma al lordo dell'IRPEF e contributi previdenziali per la quota parte riferita al dipendente).

Il sottoscritto, secondo quanto previsto dall'atto aziendale della libera professione, dichiara

³⁵₁₇ di svolgere attività di supporto e/o collaborazione alla libera professione rigorosamente fuori dall'orario di servizio e riscontrata mediante apposita causale di timbratura F2;

³⁵₁₇ di offrire la propria disponibilità ad operare in attività di supporto alla libera professione secondo i programmi di volta in volta stabiliti dai Coordinatori e Responsabili di reparto/servizio;

³⁵₁₇ di NON EFFETTUARE nell'arco del mese PIU' di 25 ORE di attività di supporto e/o collaborazione alla libera professione.

L'articolazione delle presenze verrà strutturata dal proprio responsabile e non dovrà in alcun caso influire sulla normale articolazione e programmazione dei turni di reparto.

N.B. La presente richiesta è valida fino a mia diversa comunicazione scritta.

Data, _____

Firma _____

Data, _____

Firma _____

(Direttore/Responsabile/CAD)