

**Al Direttore Generale
Istituto Oncologico Veneto**

**MODULO DI RICHIESTA PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO
PROFESSIONALE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ Matr. N. _____
Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di _____
in regime di esclusività con il Servizio Sanitario Nazionale,
Dipendente di Istituto Oncologico Veneto Università degli Studi di Padova

CHIEDE

di poter svolgere attività libero-professionale ambulatoriale

- nella disciplina di appartenenza _____
- presso _____
- di preferenza nella/e giornata/e di:

| | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Martedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Giovedì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Venerdì | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Sabato | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Domenica | dalle ore _____ | alle ore _____ |

N.B.: il termine finale indica l'orario in cui devono essere effettivamente lasciati liberi gli ambulatori

Note: _____

DICHIARA

- di necessitare di personale di supporto per lo svolgimento dell'attività Si No

- di utilizzare nell'erogazione delle prestazioni i seguenti materiali e/o strumentazioni:

- di eseguire le seguenti prestazioni libero professionali e di richiedere gli onorari indicati cui andranno aggiunte le quote di spettanza dell'Amministrazione:

| CODICE | DESCRIZIONE | CADENZA | ONORARIO |
|--------|-------------|---------|--------------|
| | | | APPUNTAMENTI |
| _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | € _____ |

| CODICE | DESCRIZIONE | CADENZA | ONORARIO |
|--------|-------------|---------|----------|
| _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | € _____ |
| _____ | _____ | _____ | € _____ |

1. Nello svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia non è consentito l'uso del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.
2. **All'onorario prescelto dal Dirigente Medico viene detratta una quota percentuale pari al 5% ex art. 57 del CCNL 1998/2001 ed una pari al 5% ex legge n. 189 dell'8/11/2012.**
3. L'attività libero professionale non deve contrastare con i fini istituzionali e gli interessi dell'Istituto Oncologico Veneto, va effettuata al di fuori dell'orario di lavoro, e non può comportare un impegno orario o un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.
4. L'Istituto si riserva di verificare i volumi e le modalità di esercizio dell'attività libero professionale ed individua penalizzazioni per la violazione delle norme regolamentari e contrattuali.
5. In caso di assenza o di impedimento il Professionista deve darne avviso con congruo anticipo agli Uffici interessati. Nell'ipotesi di assenza ingiustificata l'Istituto si riserva di richiedere al Medico inadempiente la corresponsione delle quote di spettanza dell'Amministrazione.
6. E' facoltà del Professionista effettuare la prestazione rinunciando al proprio onorario; tale rinuncia non comporta, comunque, la perdita delle quote a favore dell'Amministrazione e del personale di supporto.
- 7.

Data..... Firma del Richiedente.....

Firma del Responsabile dell'Unità Operativa.....

Dichiara che l'attività richiesta non è incompatibile con la funzione clinico assistenziale aziendale e non è confliggente con gli interessi dell'Istituto stesso, risultando del tutto ulteriore rispetto agli obiettivi di budget relativi all'attività istituzionale negoziata con la Direzione.

Precisa, altresì, che l'impegno orario richiesto per lo svolgimento di tale attività non reca nocimento all'assistenza sanitaria interna ed al funzionamento del servizio di appartenenza del richiedente.

NULLA OSTA

Il Direttore
Direzione Sanitaria