

**MODULO DI RICHIESTA MODIFICA GIORNATE-ORARI SVOLGIMENTO LIBERA
PROFESSIONE INTRAMURARIA**

E, p.c. **Al Direttore Sanitario**
CUP

Il sottoscritto Prof./Dott. _____

Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di _____

Autorizzato a svolgere attività libero-professionale ambulatoriale presso:

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 _____ |

CHIEDE

di svolgere attività nelle seguenti fasce orarie:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------|----------------|
| <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 _____ |

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 Sanitario
