

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI VIBO VALENTIA

**ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA
ADESIONE E MODALITA' DI ESERCIZIO**

Prot. n° _____

Vibo Valentia li ____/____/____

**Al Direttore Generale
ASP Vibo Valentia
Via Dante Alighieri**

89900 Vibo Valentia

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Badge _____ Codice Fiscale _____

In servizio di ruolo presso _____

In qualità di _____

Disciplina _____

e-mail _____ Tel. _____ Cell. _____

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 54 e 55 del C.C.N.L., avendo optato entro i termini di legge per il rapporto esclusivo

CHIEDE

Di poter espletare, ai sensi della vigente normativa, attività libero-professionale intramoenia in regime ambulatoriale.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di natura civile e penale che potrebbero derivare da dichiarazioni false o mendaci:

1. Di prestare servizio in regime di contratto esclusivo e di voler espletare l'attività, in base all'art.5 comma 4 del DPCM 27.03.2000, nella disciplina seguente:

2. In caso di prestazione in equipe la stessa è così composta :

3. Di avvalersi delle strumentazioni ed apparecchiature già a disposizione per lo svolgimento dell'attività ambulatoriale istituzionale

4. Che le prestazioni, svolte al di fuori dell'orario di lavoro e in non sovrapposizione oraria con l'attività istituzionale, sono quelle indicate nell'allegato n.2 che reca anche l'indicazione di eventuale personale di supporto.

5. Di non ricoprire incarichi extraistituzionali nella disciplina specialistica richiesta e di non appartenere a unità operative che effettuano attività di vigilanza e controllo.

Firmato