



**Oggetto: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ALPI PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Il sottoscritto		cognome	nome
Matr. n.	Dirigente Medico/Sanitario, dott./d.ssa		
con rapporto di lavoro dipendete nella disciplina di			
In servizio a tempo determinato/indeterminato nella l'U.O. di			a
C.F.	tel.	e - mail	

**CHIEDE**

di essere autorizzato a svolgere attività libero – professionale ambulatoriale, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza e al di fuori del normale orario di lavoro:

In forma	INDIVIDUALE		
	EQUIPE, avvalendosi del seguente personale	nome e nome	Firma per accettazione
		ome e nome	Firma per accettazione
presso gli spazi aziendali			della struttura di appartenenza
Presso altri spazi di seguito indicati			

giorno settimanale	dalle ore	alle ore	con l'utilizzo dei seguenti strumenti di proprietà di codesta Amministrazione (indicare n.° di inventario)
con il supporto del seguente personale			

per le seguenti prestazioni, con le tariffe professionali proposte:

Codice	Descrizione prestazione	Durata	Onorario lordo base richiesto	+	Oneri aziendali aggiuntivi =	Tariffa Utente
				50%		
				50%		
				50%		
				50%		

Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare integralmentetutte le prescrizioni contenute nel Regolamento, attualmente in vigore, che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria.	Timbro e firma
---	----------------

Luogo e data