Al Direttore Generale dell’ASL Salerno

protocollo[generale@pec.aslsalerno.it](mailto:generale@pec.aslsalerno.it)

RICHIESTA STIPULA CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE E LE CONSEGUENTI ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA SANITARIA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA DA DIRIGENTI SANITARI DIPENDENTI DELL’ASL SALERNO

(ex art.8 del Regolamento disciplinante l’attività libero-professionale dell’ASL Salerno –

Deliberazione n.1199 del 13/10/2021)

Il/La sottoscritto/a………………………… nato/a a…………… il…………… C.F……………. in qualità' di Datore di Lavoro dell’Azienda/Ente ………………………….…….. partita IVA/C.F. n..…………………………..……..……, con sede legale in via …………………….. n. ……….. C.A.P. ……………… Città ……………….… prov. (..…..), tel…….……….. mail……….. pec……………….

**CHIEDE**

la stipula di una convenzione per lo svolgimento delle funzioni di medico competente e le conseguenti attività di sorveglianza sanitaria rese, in virtù di rapporto fiduciario, dal Dott./Dott.ssa …………………………… matr.n……………………. dipendente a tempo pieno dell’ASL Salerno presso il P.O./Distretto/ Dipartimento………………………………………

A tal fine *ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della sussistenza di responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni non rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000*

**DICHIARA**

* di essere consapevole che la convenzione richiesta vietaogni rapporto diretto tra il professionista incaricato di effettuare la prestazione ed il Datore di lavoro e pertanto si obbliga a non corrispondere alcuna remunerazione diretta al sanitario interessato;
* di essere edotto/a che l’incarico sarà svolto in regime di attività intramoenia, nel rispetto della normativa vigente, al di fuori dell’orario di servizio, nei giorni, nelle ore che saranno stabiliti di comune accordo tra il sanitario interessato e l’ASL Salerno, nella persona del Direttore del Macrocentro di Responsabilità cui il sanitario afferisce;
* di sollevare l’ASL Salerno da qualsiasi responsabilità inerente l’utilizzo dei propri spazi e delle proprie attrezzature e di essere consapevole che la copertura RCT è a proprio carico;
* di essere consapevole che il sanitario individuato potrà cominciare a svolgere la propria attività libero-professionale solo dopo la sottoscrizione di apposita convenzione;
* di essere a conoscenza che la convenzione che si andrà a stipulare avrà durata di anni uno (1) a decorrere dalla data di sottoscrizione della stessa e potrà essere rinnovata solo a seguito di nuova istanza;
* di essere edotto/a che l’attività richiesta non potrà comportare alcun onere a carico dell’Asl Salerno;
* di aver preso visione del vigente regolamento disciplinante l’attività libero-professionale intramuraria dell’ASL Salerno adottato con deliberazione del D.G.n.405 del 16/12/2019 e successivamente integrato e modificato con deliberazione n. 1199 del 13/10/2021;
* di acconsentire, con la sottoscrizione della presente richiesta, al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm. e ii., nonché, del Reg (UE) n.679 del 27/04/2016 e del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016”.

Data………………………………. Firma……………………..…….

Si allega documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.