



UO Libera Professione (SC)  
Staff Direzione Aziendale

Al Direttore dell'UO Libera Professione (SC)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DI ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE OCCASIONALE (art.9, DPCM 27.03.2000)**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa: \_\_\_\_\_

UO: \_\_\_\_\_

Dipartimento: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art.9 del DPCM 27/03/2000, l'autorizzazione all'espletamento di prestazione libero-professionale occasionale da eseguirsi presso: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del paziente: \_\_\_\_\_

data di esecuzione della prestazione: \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

tariffa richiesta: \_\_\_\_\_ tipologia di prestazione: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara che:

- ⤴ erogherà la prestazione al di fuori del normale orario di lavoro, compatibilmente con l'organizzazione dell'Unità di appartenenza senza interferire con la normale attività istituzionale della A.U.S.L;
- ⤴ la prestazione rientra specificatamente tra quelle erogate in attività istituzionale.

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro \_\_\_\_\_

**Nulla osta del Direttore di UOC/ Direttore del Dipartimento:**

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro \_\_\_\_\_

**Autorizzazione del Direttore UO Libera professione (SC):**

- si autorizza
- non si autorizza, per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dott. Andrea Forni

Data \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_