

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
ROMA "5"**

**Via Acquaregna, 1/15 - 00019 Tivoli
C. F. e P.IVA 04733471009**

**MODULO DI ADESIONE
ALL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMOENIA**

Da compilarsi a cura del professionista

Tivoli lì _____

Il sottoscritto Dott. _____

Matr. N. _____ e numero iscrizione Ordine _____

in servizio di ruolo presso la U.O. _____

del Presidio/Distretto di _____

inquadrato nella disciplina _____

C H I E D E

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 voler erogare prestazioni a fini assistenziali inerenti la disciplina in cui è inquadrato.
2. Di voler erogare prestazioni a fini assistenziali in disciplina equipollente di seguito indicata: _____

_____ e per la quale si dichiara di avere n° _____ anni di servizio nella medesima e/o di essere in possesso della relativa specializzazione come risulta dalla sottoscrizione dell'Allegato 1 al Regolamento aziendale.

	Note	

6. di accettare la ripartizione dei proventi come da Regolamento aziendale;
7. di compilare e consegnare alla Direzione competente il prospetto di apertura agenda su RECUP allegato al presente modulo;
8. di accettare la nomina a Responsabile del trattamento dei dati personali riguardante l'esercizio della libera professione intramuraria all'atto dell'autorizzazione ricevuta, ai sensi della normativa vigente, e di comunicare alla Direzione Generale l'eventuale nomina di incaricati al trattamento da parte del sottoscritto.

Luogo e Data _____

IN FEDE
IL PROFESSIONISTA

RICHIESTA APERTURA AGENDE INTRAMOENIA*

DISCIPLINA INTRAMOENIA _____		DATA OPERABILITA'					
ATTIVITA' SETTIMANA		LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
MATTINO	NUMERO PRESTAZIONI NELLA SEDUTA						
	ORA INIZIO SEDUTA						
	ORA FINE SEDUTA						
	TEMPO MEDIO PRESTAZIONE						
POMERIGGIO	NUMERO PRESTAZIONI NELLA SEDUTA						
	ORA INIZIO SEDUTA						
	ORA FINE SEDUTA						
	TEMPO MEDIO PRESTAZIONE						

Firma Professionista

Timbro e Firma DIR. PRESIDIO/DISTRETTO

***Da inviare al coordinamento CUP ad opera della direzione del Presidio/Distretto**