**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ DA PARTE DEL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DEL COMPARTO SANITÀ EX LEGE N.43/2006AI SENSI DELL’ART. 3-QUATER DEL D.L. N. 127 DEL 21/09/2021, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE N. 165/2021, COME MODIFICATO DALL’ART. 13 DEL D.L. N. 34 DEL 30/03/2023, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE N. 56 DEL 26/05/2023.**

**(si invita alla compilazione in formato digitale del presente modulo, da inoltrare al protocollo generale dell’Asl Napoli 1 Centro P.E.C.** **aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it****)**

  **Al Direttore della**

**U.O.C. Gestione Risorse Umane**

**Al Dirigente Aziendale**

**della Professione Sanitaria di**

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

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

matricola n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscrizione all’Albo professionale dell’Ordine Professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.E.C.(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con la sottoscrizione della presente istanza dichiara**

di **aver preso visione e accettato** il *Regolamento Aziendale in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ex lege n.43/2006, ai sensi dell’art. 3-quater del D.L. n. 127 del 21/09/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 165/2021, come modificato dall’art. 13 del D.L. n. 34 del 30/03/2023, convertito con modificazioni dalla Legge n. 56 del 26/05/2023*, e pertanto:

**chiede l'autorizzazione a poter svolgere la seguente attività libero professionale**

Tipologia di attività: (**indicare la scelta contrassegnando con x**)

* libera professione in forma singola a favore di Persone Fisiche;
* libera professione in forma singola a favore di Persone Giuridiche;
* libera Professione Associata di Professionisti Sanitari;
* socio di Società tra Professionisti.

Soggetto a favore del quale svolgere l’attività professionale: (**contrassegnare la scelta con x e compilare i relativi campi**)

* **Attività professionale a favore di Aziende ed Enti del SSN diverse dall’Asl Napoli 1 Centro:**

Denominazione Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Codice fiscale o partita Iva soggetto conferente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Attività professionale a favore di centri convenzionati con il SSN, eccetto quelli convenzionati con l’Asl Napoli 1 Centro:**

 Denominazione Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Codice fiscale o partita Iva soggetto conferente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Attività professionale a favore di singoli utenti:**

 Nominativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modalità di svolgimento dell’attività:**

**-** Data inizio prevista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data finale prevista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Compenso proposto di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cifre (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lettere);

**Si dichiara inoltre:**

* Che all’atto della presente istanza il sottoscritto non si trova in posizione di debito orario;

- Che l’incarico sarà svolto fuori dell’orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature della A.S.L. Napoli 1 Centro;

- Che in ogni caso saranno assicurate prioritariamente tutte le attività di istituto anche a carattere eccezionale e straordinario, senza che l’attività libero professionale possa influire in tali attività.

IL DIPENDENTE PROVVEDERE ALLA COMPILAZIONE DELLA SOTTOSTANTE SEZIONE

**(spazio riservato alla compilazione da parte del Direttore Responsabile della struttura presso la quale il dipendente richiedente presta servizio)**

Il Direttore Responsabile della U.O.C/U.O.S./U.O.S.D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del P.O./Distretto Sanitario di Base/Dipartimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attesta che lo svolgimento dell’attività oggetto della presente richiesta **non pregiudica** **l’obiettivo nazionale relativo allo smaltimento delle liste d’attesa relative alla struttura di appartenenza.**

Pertanto si rilascia parere favorevole propedeutico al nulla osta del Direttore Medico di P.O/ Direttore Dipartimento/Direttore Distretto Sanitario di Base.

Napoli, lì Il Direttore Responsabile

 dott/dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(spazio riservato alla compilazione da parte del Direttore Medico di P.O/Direttore Distretto Sanitario di Base/ Direttore Dipartimento)**

**Il Direttore** **Medico di P.O/Direttore Distretto Sanitario di Base/ Direttore Dipartimento** dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**rilascia NULLA OSTA**

Napoli, lì Il Direttore

 dott/dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(spazio riservato alla compilazione a cura del dipendente per la sottoscrizione dell’istanza)**

Napoli, lì Il Dipendente

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

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14 DEL GDPR 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

**Finalità del Trattamento**

I dati da Lei forniti verranno utilizzati per il rilascio ed alla sottoscrizione dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività libero professionale oggetto del presente disciplinata dal *Regolamento Aziendale in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ex lege n.43/2006, ai sensi dell’art. 3-quater del D.L. n. 127 del 21/09/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 165/2021, come modificato dall’art. 13 del D.L. n. 34 del 30/03/2023, convertito con modificazioni dalla Legge n. 56 del 26/05/2023*.

**Modalità del Trattamento**

La raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione (art. 4, par. 1, punto 2, del [Regolamento (UE) 2016/679](https://www.garanteprivacy.it/regolamentoue)).

**Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati per le finalità indicate sono obbligatori pertanto l’eventuale rifiuto dell’autorizzazione comporta l’impossibilità di procedere all’istruttoria amministrativa per il rilascio dell’autorizzazione per l’esercizio dell’attività libero professionale.

**Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati forniti saranno comunicati all’Ordine Professionale indicato nella presente istanza e laddove richiesti al Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri o ad altra Amministrazione che potrebbe essere individuata da specifiche disposizioni normative.

**Titolare del Trattamento**

Il titolare del trattamento dei dati personali è l’Asl Napoli 1 Centro, Via Comunale del Principe 13/a, 80145 Napoli, Partita I.V.A. 06328131211.

**Il Responsabile del Trattamento**

La U.O.C. Gestione Risorse Umane dell’Asl Napoli 1 Centro.

**Diritti dell’interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n.2016/679, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

d) ottenere la limitazione del trattamento;

e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;

h) chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un’autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a U.O.C. Gestione Risorse Umane, all'indirizzo postale della sede legale o all’indirizzo **aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it**

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l’informativa che precede.

Napoli, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta

◻esprimo il consenso ◻NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati (2).

◻esprimo il consenso ◻ NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici per le finalità indicate nell’informativa (3).

◻esprimo il consenso ◻ NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell’informativa che precede (4).

Napoli, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Il Decreto Legge 16 luglio 2020, n. 76 convertito con modificazioni dalla Legge del 11 settembre 2020, n. 120 (in S.O. n. 33, relativo alla G.U. 14/09/2020, n. 228), al fine di garantire il diritto all'uso delle tecnologie di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale, e favorire il percorso di semplificazione e di maggiore certezza delle comunicazioni telematiche tra imprese, professionisti e pubbliche amministrazioni nel rispetto della disciplina europea e fermo quanto previsto ((nel predetto Codice)), all'articolo 16 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, apporta le seguenti modificazioni: **tutti gli iscritti a un Albo professionale sono tenuti a comunicare al rispettivo Ordine il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata.**

(2)(3)(4) Al fine del rilascio e sottoscrizione dell’autorizzazione all’esercizio di attività professionali da parte dei dipendenti professionisti sanitari ai sensi dell’art. 3-quater del D.L. n. 127 del 21/09/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 165/2021, come modificato dall’art. 13 del D.L. n. 34 del 30/03/2023, convertito con modificazioni dalla Legge n. 56 del 26/05/2023 **il consenso è obbligatorio**