

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DA PARTE DEL 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.**

**(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](mailto: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 dichiaro**

**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.

---

**(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, li

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, li

Il Direttore

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

---

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

Napoli, li

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).

### **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](mailto:aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it)

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

Napoli, li \_\_\_\_\_ 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, li \_\_\_\_\_ 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**