

**DOMANDA DI ADESIONE
ALL'ATTIVITA' DI SUPPORTO
ALL'ALPI AMBULATORIALE****MODULO****ALLEGATO D)****DOMANDA DI ADESIONE ALL'ATTIVITA' DI SUPPORTO
ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA AMBULATORIALE**

Al Responsabile della
SSD "Libera Professione"
AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
V. Vittorio Veneto, 174 - Gorizia

Il/La sottoscritto/a

dipendente dell'AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", nel profilo professionale di _____

in servizio presso la Struttura Complessa/ Semplice Dipartimentale/ Semplice

con sede a _____

e-mail _____ telefono/cellulare _____

chiede

di aderire, al di fuori dell'impegno di servizio e dell'orario di lavoro, all'attività di supporto alla libera professione intramuraria individuale/ d'equipe svolta in regime ambulatoriale dal/i dirigente/i

presso la Struttura _____

Dichiara di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità di esercizio dell'attività di supporto previsti dal Regolamento Aziendale sulla libera professione intramuraria.

Data _____

Firma del Richiedente

**DOMANDA DI ADESIONE
ALL'ATTIVITA' DI SUPPORTO
ALL'ALPI AMBULATORIALE****MODULO**

IL REFERENTE INFERMIERISTICO/TECNICO DEL DIPARTIMENTO (INDICARE NOME E COGNOME) _____	<input type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE Data _____ Firma _____
IL REFERENTE INFERMIERISTICO/TECNICO DI STRUTTURA OPERATIVA (INDICARE NOME E COGNOME) _____	<input type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE Data _____ Firma _____