

**DOMANDA DI ADESIONE  
ALL'ATTIVITA' DI SUPPORTO  
ALL'ALPI IN REGIME DI RICOVERO****MODULO****ALLEGATO G)****DOMANDA DI ADESIONE ALL'ATTIVITA' DI SUPPORTO  
ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA IN REGIME DI RICOVERO**

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

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

dipendente dell'AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isonina", 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 svolta in regime di ricovero dal/i dirigente/i medico/i

\_\_\_\_\_

presso la Struttura \_\_\_\_\_

del Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_

**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 IN REGIME DI RICOVERO****MODULO**

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