Con riferimento alla richiesta prot. n._____ del_____

La responsabile UOC Affari Generali_____

U.O. interessata_____

Presidio Ospedaliero di _____

Acquisito il parere favorevole del referente di libera professione in merito alla tariffe proposte, che non integrano la fattispecie di concorrenza sleale rispetto a quelle applicate in Azienda, richiede al Responsabile di U.O. di esprimere il proprio parere.

Il sottoscritto Responsabile della U.O. sopra indicata, in relazione alla sopracitata richiesta, considerato e attestato che:

- la convenzione in oggetto si ritiene conveniente e di interesse per l'Azienda per le seguenti motivazioni (scientifico, didattico-formativo, favorisce l'integrazione ospedale-territorio, altro):

L'attività prevista in convenzione verrà svolta:

- senza compromissione dell'attività istituzionale, che rimane prioritaria;
- dal personale Dirigente Medico della U.O. interessata, con rapporto di lavoro esclusivo, al di fuori dell'orario di servizio, nel rispetto dei principi di fungibilità e di rotazione di tutto il personale;
- nel rispetto della normativa vigente in tema di orario di lavoro e periodi di riposo;
- l'attività avrà durata _____
- impegno in termini di numero di accesso/ore_____

ESPRIME

☐ **Parere favorevole** ☐ **Parere non favorevole**

Alla stipula della convenzione di cui alla richiesta allegata al presente modello.

Data_____ _____

(firma per esteso e leggibile)

- il sottoscritto si impegna, in caso di stipula della convenzione di cui trattasi, ad organizzare l'attività ed a vigilare sulla permanenza delle condizioni sopracitate, a salvaguardia delle attività istituzionali;

- Il sottoscritto dichiara l'assenza di conflitto di interessi nella stipula della convenzione di cui trattasi.

Data_____ _____

(firma per esteso e leggibile)

Visto il sopra riportato parere del Responsabile della U.O. interessata, il sottoscritto Direttore di Dipartimento, impegnandosi a vigilare sulla permanenza delle condizioni sopra citate, a salvaguardia delle attività istituzionali, esprime il proprio

☐ **Parere favorevole** ☐ **Parere non favorevole**

per le seguenti motivazioni:

Data_____ _____

(firma per esteso e leggibile)

Visti i sopra riportati pareri, il sottoscritto Direttore Medico di Presidio, impegnandosi a vigilare sulla permanenza delle condizioni sopra citate, a salvaguardia delle attività istituzionali esprime il proprio

☐ **Parere favorevole** ☐ **Parere non favorevole**

Data_____ _____

(firma per esteso e leggibile)