**MODULO Dl RICHIESTA Dl PARTECIPAZIONE**

**PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

lo sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la U.O.C./U.O.S.D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria, con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ informato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con pubblicazione web del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDO**

al G.O.M. di partecipare alle prestazioni aggiuntive previste per la realizzazione dei seguenti progetti, approvati con delibera n. 844/2024:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Azione 1*** ***Prestazioni chirurgiche*** | **Assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria:** abbattimento tempi di attesa per prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ordinario. |
| ***Azione 2******Specialistica ambulatoriale*** | **Specialistica ambulatoriale:**Abbattimento tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali (prime visite ed esami diagnostici) che presentano maggiori criticità e tempi di attesa oltre i limiti previsti dal PNGLA. |
| ***Azione 3******Altre prestazioni*** | **Altre prestazioni:**abbattimento tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali a favore di pazienti oncologici e nell’ambito di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). |

allo scopo, consapevole di quanto previsto dal regolamento aziendale e di quanto stabilito dalla vigente normativa in materia di autodichiarazioni,

**DICHIARO**

1. di essere a conoscenza ed accettare tutte le disposizioni del regolamento aziendale in materia di prestazioni aggiuntive del personale, approvato con deliberazione n. 843 del 27.12.2024;

2. di non avere limitazioni, anche parziali o prescrizioni alle mansioni, come certificate dal medico competente;

3. di essere in regime di lavoro esclusivo (per la dirigenza medica e sanitaria);

4. di non essere in debito orario;

5. di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno.

Si allega documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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