**ALL.2 ALPI ALLARGATA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA’**

Il/La sottoscritto/a ………………….. matr……………. dirigente sanitario in servizio presso la U.O. di ………………… del Mocreocentro ……………………………………. , visto il Regolamento dell’ASL SA per *“Attività libero-professionale intramoenia nella ASL Salerno”* approvato con Deliberazione del DG n. 405 del 16/12/2019 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità, **relativamente al mese di ……………………………… anno ………………………..**

**DICHIARA**

* Di essere autorizzato allo svolgimento di attività LPI;
* Di svolgere l’attività LPI al di fuori dell’orario di lavoro istituzione;
* Di non aver svolto l’ALPI nei giorni di assenza dal servizio (art.23 co.2 Regolamento ALPI);
* Che le prestazioni rese in regime di attività libero-professionale nel mese di ……………………………….. anno …………………… e l’impegno orario per la loro effettuazione sono inferiori al volume di prestazioni istituzionalmente rese e/o al debito orario contrattualmente previsto e dovuto.

Tanto si comunica ai fini della liquidazione.

Data ……………………………………..

Firma

……………………………………………..

Si allega documento di identità in corso di validità.