

P. N. 17996 DEL 12-11-2025

A tutti i Dirigenti Medici/Direttori

OGGETTO: TRASMISSIONE RICHIESTA RAPPORTO ESCLUSIVO/NON ESCLUSIVO

Si comunica che la richiesta di passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa, da effettuarsi entro il 30 novembre di ogni anno (31 dicembre per i dirigenti medici universitari) e con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo, dovrà essere effettuata secondo i modelli allegati alla presente ed inoltrata alla PEC aziendale:
aziendaospedaliacosenza@pec.aocs.it.

Il Responsabile del procedimento
Dott. Gaspare Mattia Gabriele

Il Dirigente
Dott. Luca Reali

Il Direttore Amministrativo
Dott. Andrea Folino



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE – SETTORE GIURIDICO

U.O.S. ECONOMICO – PREVIDENZIALE

U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

U.O.S.D. CUP - ALPI

RICHIESTA DI PASSAGGIO DA RAPPORTO NON ESCLUSIVO A RAPPORTO ESCLUSIVO

Il sottoscritto/a Dott./Dott.ssa/Prof./Prof.ssa _____ C.F. _____

con l'incarico di _____ specializzazione in _____

in servizio presso l'U.O.C./U.O.S.D. _____ Presidio Ospedaliero _____

Dipartimento _____ dal _____ Matricola _____

Recapito telefonico _____ mail _____

DICHIARA

☐ di optare per il **RAPPORTO ESCLUSIVO** a decorrere dal 1 gennaio _____

☐ di aver preso visione di tutte le norme contenute nel Regolamento Aziendale relativo all'esercizio della libera professione.

Data _____

Timbro e Firma _____

Presa visione Direttore dell'Unità Operativa

Data _____

Timbro e Firma _____



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE – SETTORE GIURIDICO

U.O.S. ECONOMICO – PREVIDENZIALE

U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

U.O.S.D. CUP - ALPI

DICHIARAZIONE RAPPORTO NON ESCLUSIVO (EXTRAMOENIA)

Il sottoscritto/a Dott./Dott.ssa/Prof./Prof.ssa _____ C.F. _____

con l'incarico di _____ specializzazione in _____

in servizio presso l'U.O.C./U.O.S.D. _____ Presidio Ospedaliero _____

Dipartimento _____ dal _____ Matricola _____

Recapito telefonico _____ mail _____

DICHIARA

☐ di optare per il **RAPPORTO NON ESCLUSIVO**

☐ di non svolgere l'attività libero professionale extramoenia presso:

- la struttura sanitaria di appartenenza
- le strutture sanitarie pubbliche, diverse da quella di appartenenza
- le strutture sanitarie accreditate, anche parzialmente

☐ di aver preso visione di tutte le norme contenute nel Regolamento Aziendale relativo all'esercizio della libera professione.

Data _____

Timbro e Firma _____

Presa visione Direttore dell'Unità Operativa

Data _____

Timbro e Firma _____