

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI AI SENSI
DELL'ART. 53 D.LGS. N. 165/2001 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a

| | | |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| COGNOME | NOME | |
| CODICE FISCALE | PROFILO PROFESSIONALE | |
| IN SERVIZIO C/O | PRESIDIO DI | |
| CON RAPPORTO DI LAVORO | <input type="checkbox"/> TEMPO PIENO | <input type="checkbox"/> PART TIME% |

consapevole di quanto previsto dal regolamento aziendale in materia di incompatibilità con il rapporto di lavoro pubblico **CHIEDE**

di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico occasionale, retribuito/non retribuito, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Amministrazione ed a tal fine

DICHIARA

- che l'incarico ha ad oggetto la seguente attività (allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico di cui trattasi): _____;
 - che il soggetto conferente è:
 - * denominazione _____
 - * sede _____
 - * codice fiscale/partita IVA _____
 - * natura giuridica di diritto pubblico/ natura giuridica di diritto privato (*barrare opzione che interessa*);
 - che l'incarico verrà svolto per un periodo dal _____ al _____ per n. ore _____ articolate su n. _____ giorni lavorativi;
 - che l'importo (eventualmente presunto) del compenso è di € _____;
 - che l'incarico non arrecherà pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività istituzionale;
 - che l'incarico di cui trattasi verrà svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
 - di non svolgere altri incarichi/di svolgere altri incarichi quali: _____
- (indicare denominazione e CF/P.IVA soggetto conferente)*
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di cui sopra e che il suddetto incarico non rientra tra le fattispecie di incompatibilità assoluta;
 - che le informazioni relative all'incarico sopra descritto corrispondono al vero.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Non si allega fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in quanto depositata agli atti e si dichiara altresì che non sono intervenute variazioni nel documento ultimo depositato.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (*firma leggibile*) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (firma leggibile) _____

PARERE DEL RESPONSABILE

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro alla S.C. Affari Generali e Legali)

Il Responsabile, vista la dichiarazione dell'interessato e la documentazione allegata, accerta e dichiara che:

- **SUSSISTE**

.....
(indicare motivazione specifica)

- **NON SUSSISTE**

conflitto d'interesse con l'attività svolta dal dipendente presso la Struttura di appartenenza;

- **SUSSISTE**

.....
(indicare motivazione specifica)

- **NON SUSSISTE**

la possibilità di un pregiudizio, tenuto conto anche di eventuali altri incarichi, al regolare svolgimento dell'attività di servizio presso la Struttura di appartenenza;

Pertanto esprime :

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

ad autorizzare lo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta, riservandosi di modificare il predetto parere espresso, qualora dai controlli disposti dall'Azienda sulla veridicità delle dichiarazioni dell'interessato emergano evidenze diverse da quelle dichiarate.

Data _____ Il Responsabile (timbro e firma) _____

PARERE DEL DIRETTORE MEDICO/DIRETTORE SITRA/DIRETTORE DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/ DIRETTORE DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI

(da acquisire a cura della S.C. Affari Generali e Legali)

Il Direttore, vista la dichiarazione dell'interessato, il parere favorevole espresso dal Responsabile e la documentazione allegata, accerta e dichiara che:

- **SUSSISTE**

.....
(indicare motivazione specifica)

- **NON SUSSISTE**

conflitto d'interesse con l'attività svolta dal dipendente presso la Struttura di appartenenza;

- **SUSSISTE**

.....
(indicare motivazione specifica)

- **NON SUSSISTE**

la possibilità di un pregiudizio, tenuto conto anche di eventuali altri incarichi, al regolare svolgimento dell'attività di servizio presso la Struttura di appartenenza;

Pertanto esprime :

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

ad autorizzare lo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta, riservandosi di modificare il predetto parere espresso, qualora dai controlli disposti dall'Azienda sulla veridicità delle dichiarazioni dell'interessato emergano evidenze diverse da quelle dichiarate.

Data _____ Il Direttore (timbro e firma) _____

AUTORIZZAZIONE/DINIEGO SVOLGIMENTO INCARICO OGGETTO DELL'ISTANZA

(spazio riservato alla S.C. Affari Generali e Legali)

Il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali, vista la dichiarazione dell'interessato, ed i pareri espressi dal Responsabile, dal Direttore e la documentazione allegata, esprime:

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO.....

(indicare motivazione specifica diniego)

Data _____ Il Direttore (timbro e firma) _____

IL DIRETTORE SANITARIO/IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO/IL DIRETTORE SOCIALE/

vista la dichiarazione dell'interessato, ed i pareri sopra espressi e la documentazione allegata,

AUTORIZZA

lo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Data _____ Il Direttore (timbro e firma) _____