

da far pervenire almeno 30 gg precedenti l'evento

OGGETTO: comunicazione relativa allo svolgimento di attività/incarichi non soggetti ad autorizzazione ai sensi dell'art. 53 d.lgs 165/2001

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

tel/cell. _____ e-mail _____

in servizio presso questa Azienda in qualità di (qualifica) _____

presso _____

Consapevole di quanto previsto in materia di compatibilità con il regime d'impiego dalla normativa vigente

COMUNICA

L'intenzione di svolgere l'incarico/attività di seguito specificato, non soggetto ad autorizzazione ai sensi dell'art. 53 del d.lgs 165/2001 in quanto rientrante nelle seguenti categorie

A) Incarichi/ attività per le quali non è corrisposto alcun compenso:

- attività volontaria svolta in favore di associazioni di volontariato, cooperative sociali, altri enti ed istituzioni senza scopo di lucro o le attività sportive ed artistiche)
- partecipazione a convegni e seminari in qualità di docente
- altro (specificare) _____

B) Incarichi/ attività lavorative per le quali è corrisposto un compenso ma non soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 53 c.6 d.lgs 165/2001

- collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili.
- utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali.
- incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate.
- incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o fuori ruolo.
- incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita.
- incarichi per attività di formazione diretta ai dipendenti della Pubblica Amministrazione

Dichiara altresì che l'incarico mi viene conferito dal seguente ente pubblico / privato : _____

_____ **e-mail di contatto del conferente** _____

ed ha oggetto (descrizione) _____

come meglio specificato nell'allegata documentazione (deve essere obbligatoriamente allegata la richiesta del soggetto conferente)

Verrà svolto per un periodo dal _____ al _____

Con un impegno previsto di n. ore _____ articolate su n. _____ giornate lavorative;

L'importo (eventualmente presunto) del compenso è di €._____.

Rimborso spese documentate: viaggio, vitto e alloggio

Dichiaro altresì che l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività lavorativa e che sono consapevole che in assenza di diniego espresso da parte dell'Azienda A.S.L. Napoli 3 vale il silenzio assenso.

_____ li _____
(firma)

Timbro e firma del diretto superiore gerarchico

(Direttore Dipartimento/Direttore Unità Operativa/Unità Funzionale *)

_____ li _____
(firma)

(*) La firma del Responsabile del Dipartimento/ Unità Operativa/Unità Funzionale, di appartenenza attesta la mancanza di conflitto di interessi tra la prestazione da espletare e le attività istituzionali svolte dal dipendente presso la struttura di assegnazione

Informativa :

Ai sensi del D Lgs 196/2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda USL 6 di Livorno, titolare del trattamento

All'interessato competono i diritti di cui al D. Lgs. 196/03.

Avvertenze

- il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 28 12 2000 n. 445).
- il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 28 12 2000, n. 445)
- Si attesta che l'attività oggetto della presente richiesta non si configura come concorrenziale con l'attività propria dell'Azienda e che la richiesta non ha ad oggetto incarichi in favore di soggetti o Enti con i quali il dipendente interessato o la struttura operativa intrattiene rapporti istituzionali. In specie che non sono in corso rapporti economici, personali o familiari con il Soggetto richiedente (o sue partecipate e/o controllate) quali consulenza, possesso di azioni, penzie retribuite, licenze, etc. tali da generare un potenziale conflitto di interesse.

Il presente modulo correttamente compilato in ogni sua parte deve essere previamente protocollato, solo dopo la sua protocollazione può essere inviato al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: SGRU@PEC.ASLNAPOLI3SUD.IT.

