

Al Direttore
U.O. C. Gestione Risorse Umane
SEDE

da far pervenire almeno 30 gg precedenti l'evento

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi/attività lavorative, ai sensi dell'art. 53 d.lgs n. 165/01

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

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

CHIEDE

di essere autorizzato/a a svolgere l'incarico retribuito esterno, avente natura occasionale, proposto da _____ (nome ente o soggetto che conferisce l'incarico specificando se ente pubblico o privato), come da richiesta in allegato **(deve essere obbligatoriamente allegata la richiesta del soggetto conferente)**

Codice fiscale/ P IVA Ente/Soggetto conferente _____

e-mail di contatto del conferente _____

A tal fine dichiara che l'incarico proposto ha per oggetto la seguente attività (selezionare tipologia)

- ☐ Amministratore (condominio, assemblee varie)
- ☐ Arbitrato
- ☐ Collaudo opere pubbliche
- ☐ Commissario ad acta
- ☐ Commissario o giudice di manifestazioni sportive
- ☐ Commissioni di concorso o di esame
- ☐ Commissione di studio o di progettazione
- ☐ Commissione disciplinare di federazioni sportive
- ☐ Componente collegio sindacale
- ☐ Componente consiglio di amministrazione
- ☐ Consulenza tecnico scientifica
- ☐ Docente
- ☐ Attività professionali
- ☐ Incarico di collaborazione scientifica o culturale
- ☐ Incarico di studio o ricerca
- ☐ Membro di comitati o gruppi di lavoro
- ☐ Progettazione o direzione lavori
- ☐ Revisori dei conti

specificare se altro _____

tal fine dichiara che

Verrà svolta per un periodo dal _____ al _____,

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

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

Sono/ Non sono a carico del soggetto esterno richiedente.

Spese di viaggio, vitto e alloggio n _____



Incarico conferito in applicazione di una specifica norma: SI NO

Se si indicare il riferimento normativo _____ (Es. D.Lgs. - L. - D. R.)

N° _____ del _____

Art _____ Comma _____



Dichiara altresì che l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale e che:

- ☐ non ha in corso di svolgimento altri incarichi
☐ già svolto i seguenti incarichi: (denominazione conferente e C.F.)

- ☐ ha in corso di svolgimento i seguenti incarichi: (denominazione conferente e C.F.)

_____ 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'Asl Napoli 3 Sud, 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, perizie 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.

