

MOD 1 da far pervenire almeno 30 gg precedenti l'evento

OGGETTO: comunicazione relativa allo svolgimento di Consulenza Tecnica d'Ufficio e Perizia (CTU)

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

COMUNICA

che il Tribunale di _____ mi ha conferito l'incarico che ha per oggetto la

seguinte consulenza tecnica d'ufficio : _____

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

Codice fiscale Ente/Soggetto conferente _____

il numero di iscrizione a ruolo del procedimento _____

A tal fine dichiara che:

L'incarico proposto verrà svolto per un periodo dal _____ al _____,

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

(l'attività deve essere comunque espletata al di fuori dell'orario di servizio.)

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

(Solo per professionisti in regime d'intramoenia) Il sottoscritto ai fini della successiva fatturazione e liquidazione degli importi relativi alla consulenza si impegna ad utilizzare il modulo in allegato nel quale deve essere obbligatoriamente riportato il n° di protocollo della presente comunicazione-

Dichiara altresì che l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività lavorativa

_____ 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 Na 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 via mail al seguente indirizzo di posta elettronica certificata sgru@pec.aslnapoli3sud.it