

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI**

**Al Responsabile della UOC Gestione del Personale  
Azienda USL  
Teramo**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in forza presso l'Unità Operativa di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_ del  
Dipartimento/Coordinamento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in servizio a tempo:  
 tempo pieno     part time \_\_\_\_\_ %

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 53 D.Lgs. N. 165/2001 di essere autorizzato allo svolgimento del sotto  
indicato incarico retribuito.

**SOGGETTO  
PROPONENTE** \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_,

CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;

CODICE FISCALE O PARTITA IVA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

REFERENTE \_\_\_\_\_

**REGOLAMENTO AZIENDALE PER IL RILASCIO DELLE  
AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI  
EXTRAISTITUZIONALI E PER LA VERIFICA DELLE  
INCOMPATIBILITA' ED INCONFERIBILITA'**

**DESCRIZIONE INCARICO**

---

---

---

IMPEGNO ORARIO PREVISTO \_\_\_\_\_

PERIODO IN CUI VIENE ESPLETATO: DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO PREVISTO EURO \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO PRESUNTO EURO \_\_\_\_\_

A TITOLO GRATUITO \_\_\_\_\_

**In caso di conferimento di incarico da parte di enti pubblici economici o privati:**

- Eventuali legami dell'Azienda USL di Teramo con la citata società (esempio fornitori, clienti e quant'altro) \_\_\_\_\_;

**dichiara inoltre**

- di non aver subito sanzioni disciplinari nel biennio precedente a quello in cui deve svolgere il presente incarico;
- di aver subito, nel biennio precedente a quella in cui deve svolgere il presente incarico, le seguenti sanzioni disciplinari: \_\_\_\_\_

- che l'incarico non rientra tra i compiti del Servizio di assegnazione ed ha carattere saltuario ed occasionale;
- che non sussistono motivi di incompatibilità con le attività attualmente prestate;
- che l'incarico sarà svolto fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda;
- che in ogni caso saranno assicurate prioritariamente tutte le attività di istituto anche a carattere eccezionale e straordinario, senza che l'incarico possa influire in tali attività.

**Dichiara di essere consapevole**

dell'obbligo di legge a carico del soggetto conferente l'incarico, pubblico o privato, di comunicare al competente Ufficio Personale i pagamenti di qualsiasi compenso, effettuati al dipendente, entro 15 giorni dalla data di corresponsione;

data \_\_\_\_\_

**IL DIPENDENTE**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA  
RILASCIATA DAL DIRETTORE O RESPONSABILE DI  
U.O./DIPARTIMENTO/COORDINAMENTO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT. \_\_\_\_\_

**DIRETTORE/ RESPONSABILE**

**U.O./DIPARTIMENTO/COORDINAMENTO:** \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

CHE NON SUSSISTONO CAUSE D'INCOMPATIBILITÀ DI DIRITTO E DI FATTO O SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI CON LE ATTIVITÀ DI ISTITUTO SVOLTE DAL CITATO DIPENDENTE.

CHE IL SUDDETTO INCARICO NON PREGIUDICA IL CORRETTO E REGOLARE SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI SERVIZIO DEL RICHIEDENTE.

CHE L'ATTIVITÀ NON E' IN CONFLITTO D'INTERESSE CON LE FINALITÀ DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA.

DATA \_\_\_\_\_

VISTO SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE\*

FIRMA \_\_\_\_\_

*\* Il Responsabile dell'U.O. di appartenenza del dipendente; se il dipendente è dirigente di struttura complessa o direttore di dipartimento il presente parere dovrà essere firmato rispettivamente dal Direttore del Dipartimento/Coordinamento e dal Direttore Sanitario*

Si allega alla presente:


- dichiarazione di atto di notorietà
- copia atto di incarico formulata dal committente

*Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma**

\_\_\_\_\_

 <p><b>AUSL 4 TERAMO</b> <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p>	<p><b>REGOLAMENTO AZIENDALE PER IL RILASCIO DELLE AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI E PER LA VERIFICA DELLE INCOMPATIBILITA' ED INCONFERIBILITA'</b></p>	<p>Documento: Revisione n.:3 Data:</p> <p style="text-align: right;">pag. 4 di 4</p>
<p>Articolazione Aziendale Gestione del Personale</p>		

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000) in riferimento alla richiesta di nulla osta per lo svolgimento di incarichi retribuiti come previsto dall'art 53 del D.Lgs 165/2001*

#### DICHIARA

<input type="checkbox"/> di non possedere partita I.V.A. e di non effettuare l'incarico a titolo professionale; <input type="checkbox"/> di possedere partita I.V.A. <input type="checkbox"/> di effettuare l'incarico a titolo professionale <input type="checkbox"/> che l'attività sarà svolta presso _____ nel periodo dal _____ al _____, con cadenza _____ <input type="checkbox"/> che l'importo previsto del compenso per l'incarico è di € _____ <input type="checkbox"/> che l'importo presunto del compenso per l'incarico è di € _____ <input type="checkbox"/> di non aver subito sanzioni disciplinari nel biennio precedente a quello in cui deve svolgere il presente incarico; <input type="checkbox"/> di aver subito, nel biennio precedente a quella in cui deve svolgere il presente incarico, le seguenti sanzioni disciplinari: _____ <input type="checkbox"/> che l'incarico suddetto comporta un limitato impegno in termini temporali da dedicarsi all'attività. <input type="checkbox"/> che l'incarico suddetto verrà svolto al di fuori del normale orario di lavoro senza usufruire di mezzi strutture e attrezzature dell'Azienda
--

*Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci ex art. 495 c.p. e ex artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.*

*Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*

Data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_