



Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero

Cittadella Regionale - viale Europa, località Germaneto 88100 – Catanzaro

modulo richiesta da utilizzarsi da parte del personale dipendente dell'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' OCCASIONALE AI SENSI DELL'ART. 53 D.LGS N. 165/2001 COME MODIFICATO DALLA L. 190/2012

PEC: protocollo.aziendazero@pec.regione.calabria.it

Al Direttore Generale
Al Dirigente della S.C. "Gestione Risorse Umane"
dell'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero
viale Europa, località Germaneto 88100 – Catanzaro

Il /la sottoscritto/a..... nato/a..... il
Residente a..... Prov..... Via.....
Codice fiscale..... Tel..... Cell..... in servizio presso.....
in qualità di

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere il seguente incarico extraistituzionale, di cui si allega copia, (in caso di attività didattica, specificare l'argomento della docenza):.....
a favore di (nominativo, indirizzo e codice fiscale, Partita Iva dell'Ente/Ditta che richiede la prestazione):.....
periodo di svolgimento: dal..... al(precisare le giornate e le articolazioni orarie).....
e a tale scopo,

DICHIARA

che l'incarico:

- verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, non comporterà alcuna interferenza con l'attività lavorativa ordinaria e verrà svolta senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda;
- che l'incarico non rientra i compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- presso (luogo di svolgimento)
- prevede un compenso lordo di euro.....o reso a titolo gratuito.

- non sussistono motivi di incompatibilità ed insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività dell'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero, si allega all'uopo la seguente documentazione.....;
- non sussistono attribuzioni specifiche (svolgimento di attività della stessa natura, anche in base a rapporto convenzionale, partecipazione a commissioni) che determinano rapporti con il soggetto che conferisce l'incarico extraistituzionale;
- che verrà data tempestiva e precisa comunicazione di ogni modifica inerente alla presente richiesta.

Si richiama l'attenzione sull'obbligo dei soggetti pubblici o privati che conferiscono l'incarico al dipendente, di comunicare all'Amministrazione di appartenenza l'ammontare di compensi erogati, nel termine di 15 giorni del versamento.

Data,

Firma

Parere del Responsabile della struttura:

Il/la sottoscritto/a

In qualità di della Struttura.....

preso atto della richiesta, attesta la mancanza di incompatibilità e insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e la non sussistenza di incompatibilità di fatto, circa l'attività extra-istituzionale di cui alla presente richiesta con l'attività svolta dal dipendente ed esprime parere:

- ☐ favorevole
☐ NON favorevole (il parere non favorevole deve essere motivato)

Data _____

firma del Responsabile

Il parere sopra richiesto è obbligatorio, preventivo e deve essere espresso dal superiore gerarchico del dipendente richiedente