

REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEGLI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

MODULO "A"

NB: da compilare in ogni sua parte, in modo leggibile

Prot. n.

Alla S.C. Gestione Risorse Umane
Via Fazio n. 30
19121 La Spezia

Signor Eugenio ZACCARO
Tel. 0187.53.3780
Fax: 0187.5351076
Mail: eugenio.zaccaro@asl5.liguria.it

Richiesta svolgimento incarico, oggetto di AUTORIZZAZIONE, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Cod. fiscale _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

dipendente di ASL n. 5 "Spezzino" in qualità di _____

matricola _____

Tel. Reparto/ufficio _____ Fax e mail _____

Assegnato attualmente al reparto _____

Preso visione del Regolamento Aziendale e consapevole di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di incompatibilità con il rapporto di lavoro pubblico a tempo pieno o parziale con attività lavorativa superiore al 50% di quella a tempo pieno:

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico occasionale,

Retribuito

Non retribuito

non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole:

- della responsabilità penale per le dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, di cui all'art. 76 del citato decreto;
- dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di seguito riportate, che l'Amministrazione potrà effettuare ai sensi dell'art. 71 del citato decreto;
- della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito tramite provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, di cui all'art. 75 del citato decreto.

DICHIARA

che l'incarico per il quale si chiede autorizzazione ha ad oggetto la seguente attività (descrizione breve ed esaustiva): _____

Che il Soggetto conferente è: **(DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE)**

Denominazione _____

Sede Comune _____ Prov. _____

Via/Piazza _____

Partita Iva/Codice Fiscale _____

Natura giuridica: privato

Che l'incarico verrà svolto nel periodo: dal _____

Per un totale complessivo di ore _____

comunque l'impegno per l'incarico in oggetto non sarà superiore a nr. 30 (trenta) giorni nell'anno solare o nr. 240 (duecentoquaranta) ore annue, ed il corrispettivo non sarà superiore ad un terzo del compenso lordo annuo istituzionale.

Che l'importo eventualmente presunto del compenso è di Euro _____

Che l'incarico non arreca pregiudizio alla regolare attività istituzionale

Che non è in corso lo svolgimento di altri incarichi

Che è in corso lo svolgimento di altri incarichi, già precedentemente autorizzati/comunicati

all'Azienda (specificare brevemente quali): _____

Di essere a conoscenza del fatto che la vigente normativa prevede che l'unico soggetto responsabile degli adempimenti in materia fiscale e previdenziale connessi all'espletamento del presente incarico è il solo lavoratore dipendente.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza dell'obbligo di fornire il Modulo "C", e di impegnarsi a trasmetterlo alla S.C. Gestione Risorse Umane, debitamente compilato e controfirmato dal sottoscritto, entro il termine di nr. 15 (quindici) giorni dall'erogazione del corrispettivo;

- ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. di essere informato che il trattamento dei propri dati personali avviene per fini istituzionali, secondo le modalità e nel rispetto del suddetto decreto.

Data _____

Firma del dipendente

Il **Responsabile della Struttura** dove il dipendente presta la propria attività lavorativa o il **Dirigente delle Professioni Sanitarie** attesta che:

1) L'incarico non pregiudica il corretto e regolare svolgimento dell'attività di servizio del richiedente;

2) L'attività non è in conflitto d'interessi con le finalità della struttura di appartenenza.

Data _____

Timbro e Firma del Dirigente

SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' RICHIESTA AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO, IN QUANTO ATTIVITA' COMPATIBILE CON I COMPITI E DOVERI D'ISTITUTO E NON CONFIGURANTE UN DISTINTO RAPPORTO D'IMPIEGO
(sintetizzare l'attività autorizzata):

Il Direttore Sanitario (per quanto di competenza)

Il Direttore Sociosanitario (per quanto di competenza)

Il Direttore Amministrativo (per quanto di competenza)

Il Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane

Autorizzazione n. _____ del _____

La presente autorizzazione verrà inviata al dipendente via mail o fax o posta interna entro 30 (trenta) giorni dalla richiesta.