

**REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEGLI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI**

**MODULO "B"**

**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](mailto:eugenio.zaccaro@asl5.liguria.it)

**Richiesta svolgimento incarico, oggetto di COMUNICAZIONE, 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:

**COMUNICA**

Di 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 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: pubblico o privato

Che l'incarico verrà svolto nel periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_ o giorni \_\_\_\_\_

**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 impegnarsi a trasmettere alla SC Gestione Risorse Umane il **modulo C**, debitamente compilato e controfirmato dal sottoscritto, **entro il termine di 15 giorni** dall'erogazione del corrispettivo eventualmente percepito
- di essere informato ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. 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 ATTESTA L'AVVENUTA PRESA VISIONE DELLA COMUNICAZIONE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' SOPRA DESCRITTA, AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO, 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

\_\_\_\_\_

Comunicazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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