

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

Mail:
incarichi.extraistituzionali@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, esaustiva e precisa): _____

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

Denominazione _____

Sede legale – Via/ Piazza _____

Comune _____ Prov. _____

Partita Iva/Codice Fiscale _____

Natura giuridica (di diritto 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 essere a conoscenza dell'obbligo di trasmettere alla S.C. gestione Risorse Umane il Modulo "C", 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 proprio 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

Il Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane

Comunicazione n. _____ del _____

La presente autorizzazione verrà inviata al dipendente di norma via mail o con posta interna in casi residuali entro 30(trenta) giorni dalla richiesta.