

Alla cortese attenzione
RESPONSABILE S.C. GESTIONE E SVILUPPO
PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO
RESPONSABILE S.S. FORMAZIONE
Azienda sanitaria Friuli Occidentale
Via della Vecchia Ceramica 1
33170 PORDENONE

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE INCARICO EXTRA ISTITUZIONALE

Il/la sottoscritto/a telefono
Qualifica
Assegnato all'Unità Operativa/Servizio/Ufficio
..... presso la sede
Preso visione del Regolamento Aziendale approvato con decreto DG n. 590 del 09.11.2015
Concernente le incompatibilità e le autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra istituzionali

CHIEDE

L'autorizzazione a svolgere il/la sotto indicato/a incarico/attività o ad assumere la sotto indicata carica:

.....
.....
.....

(attività/incarico/carica) proposta/o in data

da (soggetto conferente)

Soggetto a favore del quale verrà prestata l'attività

.....

Via n. Città

..... C.A.P. Codice fiscale

Che comporterà il seguente impegno di tempo

Dal giorno al giorno / dalle ore alle ore

Luogo di svolgimento

Per un compenso complessivo presunto di euro lordi, articolato come segue:

(indicare eventuali compensi / rimborso spese di qualunque genere)

.....
.....

Ai fini dell'autorizzazione il sottoscritto dichiara che (barrare la voce che interessa):

- che l'incarico non rientra tra i compiti e doveri d'ufficio;
- non sussistono motivi di incompatibilità e/o conflitto di interessi ai sensi del regolamento aziendale approvato con decreto DG n. 590 del 09.11.2015 o di altra fonte normativa;
- l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio e **senza l'utilizzo dei beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda;**
- l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio e **con l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;**
- verrà comunque assicurato il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- lo svolgimento dell'incarico non comporta apertura di Partita Iva o l'iscrizione in appositi albi o registri, né determina l'insorgenza di un rapporto di lavoro subordinato alle dipendenze del soggetto conferente;
- l'incarico, unitamente ad eventuali altri già autorizzati nell'anno, non comporta un impegno, anche non consecutivo superiore a n. 90 ore / anno (una giornata è considerata pari a n. 7.12 ore se comparto e 7.32 ore se dirigenza).

Il sottoscritto si impegna a fornire comunicazione tempestiva e precisa di ogni modifica che dovesse sopraggiungere.
Ad ogni buon fine si allega la seguente documentazione

Confidando in un favorevole accoglimento porge cordiali saluti

Li

.....
(firma leggibile)

Il sottoscritto nella sua qualità di valutata la presente richiesta alla luce delle disposizioni di cui al regolamento aziendale approvato con decreto DG n. 590 del 09.11.2015 dichiara che non sussistono cause di incompatibilità o conflitto di interesse con l'attività espletata dal richiedente presso la struttura di assegnazione.....

Li.....

.....
(Il Responsabile / Direttore SOC/SS)
- timbro firma leggibile -

Per presa visione / conferma

.....
(Il Capo Dipartimento)
- timbro firma leggibile -

Il DIRETTORE SANITARIO/AMMINISTRATIVO, a seguito di valutazione di eventuali ragioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi dell'attività in oggetto con l'attività istituzionale, **ESPRIME PARERE:**

Li

Firma

.....
(Timbro e firma leggibile)