

SVOLGIMENTO INCARICHI OGGETTO DI COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 53 D.LGS. N. 165/2001 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ () il _____
 residente a _____ () in Via _____
 recapito telefonico _____ recapito e-mail _____
 dipendente a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____
 in servizio presso _____ Sede _____

consapevole di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di compatibilità con il rapporto di lavoro pubblico a tempo pieno o a tempo parziale con attività lavorativa superiore al 50% di quella a tempo intero

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 e attrezzature dell'Amministrazione, in particolare:

- A collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- B utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- C partecipazione a convegni e seminari;
- D incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- E incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, in comando o fuori ruolo;
- F incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- G attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica

Per gli incarichi di cui ai punti C) D) e G) specificare se si tratta di:

- evento non sponsorizzato**
- evento sponsorizzato (in tal caso compilare l'allegata autocertificazione di assenza di conflitto di interessi)**

(barrare opzione che interessa)

ed a tal fine

DICHIARA ()**

- che l'incarico ha ad oggetto la seguente attività (allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico di cui trattasi):

- che il soggetto conferente è:
 * denominazione _____
 * indirizzo _____
 * codice fiscale/partita IVA _____
 * e-mail _____
 * natura giuridica di diritto pubblico/ natura giuridica di diritto privato *(barrare opzione che interessa)*;
- che l'incarico verrà svolto dal _____ al _____ per n. ore _____ articolate su n. _____ giorni lavorativi;
- che l'importo (eventualmente presunto) del compenso è di € _____;
- che l'incarico non arrecherà pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività istituzionale;
- che l'incarico di cui trattasi verrà svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
- di non svolgere altri incarichi/di svolgere altri incarichi quali:

(indicare denominazione e CF/P.IVA soggetto conferente)

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di cui sopra e che il suddetto incarico non rientra tra le fattispecie di incompatibilità assoluta;
- che le informazioni relative all'incarico sopra descritto corrispondono al vero.

(TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATI)**

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Si allega fotocopia di un documento di identità

Luogo e data _____ Il Dichiarante (*firma leggibile*) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni in materia di trattamento dei dati personali, rese dall'ATS della Montagna ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e contenute nell'art 9 del Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (*firma leggibile*) _____

| PARERE DEL DIRETTORE / RESPONSABILE <i>(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro all'UOC Affari Generali e Legali)</i> | |
|--|---|
| Il Direttore / Responsabile, vista la dichiarazione dell'interessato e la documentazione allegata, accerta e dichiara che: - <input type="checkbox"/> SUSSISTE <i>(indicare motivazione specifica)</i> | |
| - <input type="checkbox"/> NON SUSSISTE conflicto d'interesse con l'attività svolta dal dipendente presso la Struttura di appartenenza; | |
| - <input type="checkbox"/> SUSSISTE <i>(indicare motivazione specifica)</i> | |
| - <input type="checkbox"/> NON SUSSISTE la possibilità di un pregiudizio, tenuto conto anche di eventuali altri incarichi, al regolare svolgimento dell'attività di servizio presso la Struttura di appartenenza; | |
| Pertanto esprime : | |
| <input type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE | <input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO |
| in riferimento allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente comunicazione, riservandosi di modificare il predetto parere, qualora dai controlli disposti dall'Azienda sulla veridicità delle dichiarazioni dell'interessato emergano evidenze diverse da quelle dichiarate. | |
| Data _____ Il Direttore / Responsabile (<i>timbro e firma</i>) _____ | |

| PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO / SANITARIO / SOCIOSANITARIO | |
|---|---|
| Il Direttore _____, vista la dichiarazione dell'interessato, ed il parere espresso dal Direttore/ Responsabile e la documentazione allegata, esprime: | |
| <input type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE | |
| <input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO _____ | <i>(indicare motivazione specifica diniego)</i> |
| Data _____ Il Direttore (<i>timbro e firma</i>) _____ | |

| NULLA OSTA/DINIEGO SVOLGIMENTO INCARICO OGGETTO DELLA COMUNICAZIONE <i>(spazio riservato alla Direzione Generale)</i> | |
|---|-------|
| Il Direttore Generale, vista la dichiarazione dell'interessato, ed i pareri espressi dai Direttori/ Responsabile e la documentazione allegata, esprime: | |
| <input type="checkbox"/> NULLA OSTA allo svolgimento dell'incarico in oggetto | |
| <input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO con conseguente diniego allo svolgimento dell'incarico in oggetto _____ | _____ |
| <i>(indicare motivazione specifica diniego)</i> | |
| Data _____ Il Direttore Generale (<i>timbro e firma</i>) _____ | |

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

C.F. _____

in relazione all'evento _____ sponsorizzato da _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità di non avere interessi diretti o indiretti con la Società sponsorizzatrice dell'evento e di non trovarsi pertanto in situazione di conflitto di interessi (*)

FIRMA _____

Data _____

Si allega fotocopia di un documento di identità

(*) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.