

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO INCARICHI 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

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 e attrezzature dell'ATS della Montagna e 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 _____

* sede _____

* codice fiscale/partita IVA _____

* PEC o 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: (*barrare opzione che interessa*);

(*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.

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*) _____

(TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATI)**

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 confitto 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>) _____	

AUTORIZZAZIONE/DINIEGO ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO <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:	
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA lo svolgimento dell'incarico in oggetto	
<input type="checkbox"/> ESPRIME 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>) _____	