

(allegato B – Richiesta di autorizzazione)

**AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE – REGIONE SARDEGNA
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER SVOLGIMENTO DI INCARICO EXTRA -ISTITUZIONALE RETRIBUITO**

Al Servizio Amministrazione del Personale

ASSL di _____ -sede

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

il ____ / ____ / _____, matricola n. _____, Struttura di assegnazione: _____

CHIEDE di essere AUTORIZZATO

allo svolgimento -al di fuori dell'orario di lavoro- dell'incarico extra-istituzionale retribuito di seguito descritto:

1) Denominazione/Ragione sociale del soggetto conferente l'incarico: _____

2) Tipologia del soggetto che conferisce l'incarico: Ente Pubblico Ente Privato

3) Indirizzo e recapito telefonico del soggetto che conferisce l'incarico: _____

4) Codice fiscale o partita i.v.a. del soggetto che conferisce l'incarico : _____

5) Tipologia dell'incarico:

partecipazione, quale componente, a Commissione giudicatrice;

attività di collaudo;

attività di Arbitro o di Perito;

incarico di consulenza tecnica;

attività di Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU);

attività di Consulente Tecnico di Parte (CTP)

altra attività _____

6) sintetica descrizione dell'oggetto dell'incarico:

7) Calendario delle attività previste nell'incarico extra istituzionale: indicare la data e l'impegno orario previsto:

Data: dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____

Data: dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____

Totale n. di ore: _____ previste.

8) Importo previsto o presunto del compenso: €: _____;

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000:

DICHIARA

- a) il carattere di temporaneità, saltuarietà od occasionalità dell'incarico con esclusione dell'instaurazione di rapporti di dipendenza, di collaborazione coordinata e continuativa e di lavoro autonomo;
- b) che l'incarico non rientra tra i compiti e doveri d'ufficio;
- c) che l'incarico non comporta motivi di incompatibilità e/o conflitto d'interessi, anche potenziale, con il rapporto di pubblico impiego presso l'Azienda per la Tutela della Salute – Regione Sardegna e/o con le attività istituzionali della stessa;
- d) che l'incarico verrà svolto fuori dall'orario di lavoro senza utilizzare locali, beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;
- e) che verrà assicurato in ogni caso il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- f) che l'incarico extra -istituzionale sopra descritto non proviene da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza del sottoscritto;
- g) che l'incarico extra -istituzionale sopra descritto non proviene da associazioni o organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio cui il sottoscritto è assegnato;
- h) che l'incarico extra -istituzionale sopra descritto non proviene da soggetti privati con i quali il sottoscritto abbia o abbia avuto, direttamente o indirettamente, negli ultimi tre anni, rapporti di collaborazione retribuiti qualora i soggetti conferenti abbiano interessi in attività o decisioni inerenti la struttura organizzativa di assegnazione;
- i) che l'incarico extra -istituzionale sopra descritto non proviene da soggetti privati, fornitori di beni e servizi, con i quali il sottoscritto abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione per conto dell'Azienda;
- l) che l'incarico extra -istituzionale sopra descritto non ha alcuna finalità di promozione o pubblicizzazione di farmaci, apparecchiature, dispositivi o attrezzature sanitarie;
- m) di impegnarsi a fornire all'Azienda la tempestiva comunicazione di ogni variazione che l'incarico dovesse subire anche successivamente all'autorizzazione.

Ai fini dell'istruttoria della pratica di autorizzazione allega:

- la richiesta di: _____ (ente/soggetto conferente),
soggetto a favore del quale verrà svolta la prestazione e la documentazione inerente l'attività che si intende svolgere.
- altra documentazione ritenuta utile:

Luogo e data: _____, ____/____/____.

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

PARERE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE

Il/La sottoscritto/a DOTT. _____,

Direttore /Dirigente Responsabile della Struttura _____ di

assegnazione del sunnominato dipendente, in ordine alla suestesa richiesta di autorizzazione, verificato:

- la saltuarietà e occasionalità dell'incarico di cui trattasi;
- il tempo e l'impegno richiesti;
- gli altri eventuali incarichi già autorizzati;
- l'entità del compenso previsto /presunto;
- la compatibilità e non interferenza con i compiti svolti dal dipendente presso la Struttura organizzativa di assegnazione;
- la compatibilità dello svolgimento dell'incarico extra-istituzionale sotto il profilo organizzativo con il lavoro presso la Struttura organizzativa di assegnazione del dipendente;
- l'inesistenza di conflitti d'interesse, anche potenziali, fra lo svolgimento dell'incarico e l'attività istituzionale dell'Azienda;
- che l'incarico extra -istituzionale sopra descritto non è conferito da soggetti terzi, nei confronti dei quali il dipendente o la sua struttura organizzativa di assegnazione, svolgono o abbiano svolto, attività di vigilanza o controllo, di rilascio di concessioni, autorizzazioni, nulla osta o atti di assenso comunque denominati, anche se questi hanno forma tacita, ovvero procedano alla scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture o servizi;
- che l'incarico extra -istituzionale sopra descritto, allo stato degli atti, non è in grado di arrecare un danno o diminuzione all'azione ed al prestigio dell'Azienda.

ESPRIME PARERE

favorevole

NON favorevole per i seguenti motivi:

Luogo e data: _____, ____/____/____.

Timbro e firma
