



AZIENDA OSPEDALIERA
“SAN PIO” - BENEVENTO
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
DEA di II Livello

Al Direttore
Sede

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE
ALLO SVOLGIMENTO
DI INCARICO EXTRAISTITUZIONALE
(art. 53 D.lgs 165/2001 e s.m.i)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ Via/Piazza _____

n° _____ CAP _____ Città _____

C.F. _____

dipendente in servizio presso la S.C. _____

con la qualifica di: _____

chiede l'autorizzazione allo svolgimento del seguente
incarico:

Descrizione _____

Conferito
da:

ente
pubblico

ente privato (specificare)

C.F./P.IVA

che si svolgerà a _____

data incarico dal _____ al _____

Ovvero il _____

al riguardo allega la formale comunicazione di conferimento dell'incarico e PRECISA (consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000):

1. l'incarico verrà svolto per un totale presunto di ore _____ e/o giornate _____
2. l'incarico è svolto:
 a titolo gratuito previo compenso pari a € _____
 rimborso spese pari a € _____
3. l'incarico verrà svolto senza alcuna interferenza con l'attività lavorativa ordinaria e verrà svolto senza l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;
4. non sussistono motivi di incompatibilità e situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività dell'Azienda.

Dichiara altresì che:

- ai sensi del D.P.R. n.62 del 16.04.2013, non ha accettato incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza;
 - di non aver partecipato a Commissioni di gara, anche tecniche, relative ad acquisti/forniture in cui sia coinvolto l'operatore economico finanziatore oppure operatori economici legati da rapporto di controllo ovvero di collegamento societario con il primo per un biennio;
 - di essere a conoscenza del dovere di astensione ogni qualvolta si realizzi un conflitto di interessi con l'operatore economico finanziatore oppure operatori economici legati da rapporto di controllo ovvero di collegamento societario con il primo;
 - qualora in futuro dovessero emergere interessi economici significativi in attività inerenti l'ufficio di appartenenza con il soggetto conferente l'incarico, il dipendente dovrà evidenziarne senza indugio la presenza.
- Sarà cura dell'interessato far pervenire all'Azienda di appartenenza la scheda dei compensi qualora percepiti, compilata in ogni sua parte.

Data _____

(firma)

INFORMATIVA ai sensi del D.Lgs.196/2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'A.O. "G.Rummo", titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui al D.Lgs. 196/03.

Avvertenze:

1. il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art.76 DPR 28.12.2000, n.445);
2. il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28.12.2000, n.445);

PARERE DEL RESPONSABILE DELL'U.O.

(per il personale del comparto il parere è espresso dalla Referente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche, sentito il responsabile della U.O.C)

Il/La sottoscritto/a _____

- il predetto incarico è compatibile con le attribuzioni lavorative svolte in Azienda dall'interessato
- non sussistono violazioni degli obblighi di servizio ostative all'autorizzazione per lo svolgimento dell'attività in questione
- il soggetto a favore del quale viene resa l'attività non è concorrenziale con l'Azienda e non è fornitore dell'Azienda o, comunque, il dipendente non partecipa ad alcuna fase del processo di scelta del contraente

OVVERO

- il predetto incarico non è compatibile con le attribuzioni lavorative svolte in Azienda dall'interessato, in quanto: _____

Data _____

Direttore U.O.C.

Si autorizza

Data _____

Direttore Sanitario e/o suo delegato

Direttore Amministrativo e/o suo delegato
