



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

Al Direttore

Sede

Oggetto: Comunicazione espletamento incarico occasionale di Consulente Tecnico d'ufficio (CTU).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ dipendente di \_\_\_\_\_  
Codesta Azienda \_\_\_\_\_  
quale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

COMUNICA

Che svolge/svolgerà prestazioni estranee all'ufficio che a norma del Regolamento Aziendale rientrano nella tipologia delle attività per le quali non viene richiesta l'autorizzazione.

Ente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che per la su indicata attività non può essere concesso permesso retribuito per il tempo necessario all'espletamento dell'incarico e per tutte le incombenze correlate alla predetta consulenza.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 23 dicembre 2000, quanto segue:

- che l'incarico di CTU/Perito è conferito dal Tribunale di \_\_\_\_\_ ed è iscritto a ruolo al n° \_\_\_\_\_;
- che lo stesso comporterà il seguente impegno:
  - oggetto della prestazione: \_\_\_\_\_
  - compenso previsto pari ad Euro \_\_\_\_\_

- che l'anno solare di riferimento è il \_\_\_\_\_
- che trattasi di attività non incompatibile con il servizio prestato presso l'A.O."San Pio" ai sensi dell'art.53, comma 1 del D.Lgs.165/2001.

Il sottoscritto dichiara che la predetta attività non è in conflitto con le attività e le finalità dell'Azienda.

Lì, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_  
NULLA OSTA (timbro e firma del Responsabile dell'U.O.)  
Presa d'atto

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore U.O.C.

\_\_\_\_\_  
Il Direttore Sanitario e/o  
suo delegato

\_\_\_\_\_