

**COMUNICAZIONE COMPENSI PERCEPITI
PER ATTIVITA' EXTRA ISTITUZIONALI
(ex Art. 53 del D.Lgs.165/01)**

Il/La sottoscritto/a,

nome e cognome	
data e luogo di nascita	
codice fiscale	
profilo professionale	<input type="checkbox"/> dirigente <input type="checkbox"/> non dirigente
struttura di appartenenza	

COMUNICA

di aver percepito i seguenti compensi lordi, durante l'anno _____, per l'attività svolta ed autorizzata ai sensi dell' ex art.53 del D.Lgs.165/01.

€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)
€	, per conto di	(<input type="checkbox"/> delib. / <input type="checkbox"/> deter. N° _____ del _____)

Si allegano alla presente, le attestazioni di avvenuto pagamento da parte del Committente.

Luogo _____ Data _____ firma _____

N.B.: il presente modulo deve essere compilato dal Dipendente e trasmesso al Servizio Gestione Risorse Umane entro il 31 Maggio dell'anno successivo all'anno di riferimento.

Il Servizio G.R.U. fornirà copia di questo modulo senza allegati, al Servizio Informativo Aziendale per le procedure obbligatorie previste e la trasmissione su sito ministeriale www.perlaPA.gov.it