

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI 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	

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere la sotto indicata attività/incarico extra istituzionale:

<input type="checkbox"/>	Carica in società cooperative, sportive, ricreative e culturali, il cui atto costitutivo preveda che gli utili siano interamente reinvestiti nella società, per il perseguimento esclusivo dell'attività sociale.
<input type="checkbox"/>	Partecipazione quale componente, a commissioni di concorso o altre commissioni, in qualità di membro sorteggiato, di membro esperto ovvero in ragione della professionalità specifica posseduta.
<input type="checkbox"/>	Commissario ad acta.
<input type="checkbox"/>	Attività di direzione e coordinamento lavori, collaudo e manutenzione di opere pubbliche.
<input type="checkbox"/>	Consiglio di Amministrazione.
<input type="checkbox"/>	Attività di Arbitro / Perito.
<input type="checkbox"/>	Consulenze Tecniche.
<input type="checkbox"/>	Docenza / Attività a prevalente contenuto didattico-formativo.
<input type="checkbox"/>	Rilevazioni ed indagini statistiche.
<input type="checkbox"/>	Attività di imprenditore agricolo e di coltivatore diretto, se l'impegno richiesto è modesto e non abituale e continuato durante l'anno.
<input type="checkbox"/>	Attività svolte a titolo gratuito.
<input type="checkbox"/>	Altre tipologie. (specificare: _____)

per conto della Committenza, di seguito descritta:

Denominazione/Ragione Sociale Committente (<input type="checkbox"/> pubblico; <input type="checkbox"/> privato)	
Indirizzo del Committente – CAP e Provincia	
Codice Fiscale o Partita IV Committente	

e con il seguente impegno di tempo ed importo del compenso:

Data svolgimento attività	da ____/____/____ a ____/____/____
Impegno orario previsto o presunto	N° ore ____
Importo <input type="checkbox"/> previsto / <input type="checkbox"/> presunto del compenso	Euro _____

DICHIARA

- a) il carattere di temporaneità, saltuarietà o occasionalità dell'incarico con esclusione dell'instaurazione di rapporti di dipendenza, di collaborazione coordinata e continuativa/progetto e di lavoro autonomo;
- b) che l'incarico non rientra tra i compiti e doveri d'ufficio;
- c) che non sussistono motivi di incompatibilità e/o conflitto d'interessi secondo le indicazioni del presente regolamento;
- d) che l'incarico verrà svolto fuori dall'orario di lavoro senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda;
- e) che verrà assicurato in ogni caso il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- f) che il compenso presunto per l'incarico in oggetto, unitamente agli eventuali compensi già percepiti per altri incarichi, non supera il 50% della retribuzione lorda percepita nell'anno precedente (certificato dal CUD) e di essere a conoscenza che, in caso contrario, gli importi lordi superiori alla suddetta cifra, dovranno essere versati nel Bilancio dell'Azienda per essere destinato ad incremento del fondo di produttività o di fondi equivalenti.
- g) che l'impegno orario complessivo dell'incarico in oggetto, unitamente ad altri eventuali incarichi già autorizzati, non supera le 120 ore nell'anno.

Luogo, _____ Data _____ firma _____

Il/La sottoscritto/a _____, **nella qualità di Direttore e/o Responsabile della struttura di appartenenza del richiedente**, verificato che l'incarico di cui trattasi è compatibile e non interferisce con i compiti svolti dal dipendente e con l'organizzazione del Servizio, **esprime parere favorevole all'autorizzazione** allo svolgimento dell'incarico per come richiesta, ai sensi dell'art.53 D.Lgs.165/01, dal/la Sig./Sig.ra _____.

Luogo, _____ Data _____ timbro e firma _____