



Allegato 1

Spett.le  
ASST G. Pini-CTO  
UFFICIO PROTOCOLLO

**RICHIESTA SVOLGIMENTO INCARICHI OGGETTO DI COMUNICAZIONE PREVENTIVA AI SENSI DELL'ART. 53 D.LGS. N. 165/2001 e s.m.i. (da consegnare all'Ufficio Protocollo, almeno 30 giorni prima dell'inizio dell'incarico).**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro a tempo pieno  o a tempo parziale con attività lavorativa superiore al 50%

**COMUNICA**

**di aver ricevuto richiesta di svolgimento del seguente incarico occasionale, retribuito/non retribuito, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Amministrazione, in particolare:**

- collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- partecipazione a convegni formativi/seminari se non conferiti da fornitori dell'Azienda o provider finanziati dai fornitori;
- incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, in comando o fuori ruolo;
- incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica;
- attività di CTU autorizzata dall'ASST, a seguito di iscrizione albo dei CTU, a valenza triennale;
- altro: \_\_\_\_\_

(barrare opzione che interessa)

a tal fine

**DICHIARA**

- che l'incarico ha ad oggetto la seguente attività (allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico di cui trattasi):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- che il soggetto conferente è:

\* denominazione \_\_\_\_\_;

\* sede \_\_\_\_\_;

\* codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_;

\*  natura giuridica di diritto pubblico /  natura giuridica di diritto privato (barrare opzione che interessa);

- che l'incarico verrà svolto per un periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ articolate su n. \_\_\_\_\_ giorni lavorativi;
- che l'importo (eventualmente presunto) del compenso è di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_;
- che l'incarico non arrecherà pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività istituzionale;
- che l'incarico di cui trattasi verrà svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
- che è previsto il rimborso spese per \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di cui sopra.

Il sottoscritto è altresì consapevole che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, sono considerate fatte a pubblico ufficiale e che, nelle ipotesi di falsità in atti e di dichiarazione mendace, incorre - ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 - nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.



Luogo e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Dichiarante (firma leggibile) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali forniti e autorizza il trattamento dei dati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Dichiarante (firma leggibile) \_\_\_\_\_

**PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA/DIRETTORE APICALE**

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro della richiesta all'Ufficio Protocollo)

Il Responsabile, vista la dichiarazione dell'interessato e la documentazione allegata, valuta che:

**SUSSISTE**

.....  
(indicare motivazione specifica)

**NON SUSSISTE**

confitto d'interesse, anche solo potenziale, con l'attività svolta dal dipendente presso la Struttura di appartenenza;

-  **SUSSISTE**

.....  
(indicare motivazione specifica)

**NON SUSSISTE**

la possibilità di un pregiudizio, tenuto conto anche di eventuali altri incarichi, al regolare svolgimento dell'attività di servizio presso la Struttura di appartenenza;

Pertanto esprime :

**PARERE POSITIVO**

**PARERE NEGATIVO**

in riferimento allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente comunicazione, riservandosi di modificare il predetto parere espresso, qualora dai controlli disposti dall'Azienda sulla veridicità delle dichiarazioni dell'interessato emergano evidenze diverse da quelle dichiarate.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Responsabile (timbro e firma) \_\_\_\_\_

**PRESA D'ATTO**

Il Responsabile della U.O.C. Organizzazione Risorse Umane, verificato che l'attività rientra tra quelle non soggette ad autorizzazione, visto il nulla osta acquisito,

**PRENDE ATTO DELLA COMPLETEZZA DELLA RICHIESTA:**

.....  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il Dirigente U.O.C. Organizzazione Risorse Umane (firma) \_\_\_\_\_