

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER INCARICHI  
EXTRA ISTITUZIONALI**

**Al Responsabile del Servizio Risorse Umane**

*Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari*

Il/La Sottoscritto /a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito  
telefonico \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ in servizio presso l'U.O. di \_\_\_\_\_  
con qualifica di \_\_\_\_\_  
in servizio a tempo **DETERMINATO/INDETERMINATO**  
con rapporto di lavoro **ESCLUSIVO/NON ESCLUSIVO** (PER DIRIGENTI MEDICI)

**CHIEDE**

*Ai sensi dell'art. 53 D.lgs n. 165/2001 e del regolamento sugli incarichi extraistituzionali per il personale dipendente*  
**DI ESSERE AUTORIZZATO ALLO SVOLGIMENTO DEL SOTTOINDICATO INCARICO RETRIBUITO**

**SOGGETTO/AMMINISTRAZIONE PROPONENTE:**

RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_  
NATURA GIURIDICA: \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE O PARTITA IVA \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE DELL'INCARICO**

**ATTIVITA' E TIPO DI PRESTAZIONE DA RENDERE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DURATA \_\_\_\_\_ MONTE ORE PREVISTO \_\_\_\_\_

PERIODO IN CUI VIENE ESPLETATO: DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO PREVISTO: \_\_\_\_\_

COMPENSO LORDO PRESUNTO: \_\_\_\_\_

**NUMERO INCARICHI ESPLETATI NELL'ANNO CORRENTE**

Breve descrizione incarico:

- |          |               |
|----------|---------------|
| 1. _____ | saldato SI/NO |
| 2. _____ | saldato SI/NO |
| 3. _____ | saldato SI/NO |
| 4. _____ | saldato SI/NO |

**A TAL FINE DICHIARA CHE**

- L'INCARICO NON RIENTRA TRA I COMPITI E DOVERI DI UFFICIO ;
- NON SUSSISTONO MOTIVI DI INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSI ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO PER IL QUALE SI CHIEDE LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE;
- ASSICURERA' IN OGNI CASO IL TEMPESTIVO , PUNTUALE CORRETTO SVOLGIMENTO DEI COMPITI DI UFFICIO;
- SVOLGERA L'INCARICO FUORI DALL'ORARIO DI LAVORO, SENZA UTILIZZARE BENI, MEZZI E ATTREZZATURE DALLA AOU DI SASSARI.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a **ALLEGA COPIA DELLA RICHIESTA EFFETTUATA DAL SOGGETTO IN FAVORE DEL QUALE VIENE SVOLTA LA PRESTAZIONE.**

Il/La sottoscritto/a è consapevole che è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (**art. 76 del DPR 445/2000**)

Il/La sottoscritto/a decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (**art. 71 e 75 DPR 445/2000**)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTNENZA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ RESPONSABILE DELL'U.O. DI \_\_\_\_\_

**ATTESTA CHE**

- L'ATTIVITA' OGGETTO DELLA RICHIESTA NON RIENTRA IN ALCUN MODO NELL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE DEL DIPENDENTE;
- CHE L'INCARICO PROPOSTO E' **COMPATIBILE/INCOMPATIBILE** CON L'ESATTO E PUNTUALE SVOLGIMENTO DEI COMPITI E DOVERI D'UFFICIO ED ESPRIME, PERTANTO, PARERE **FAVOREVOLE/SFAVOREVOLE** A CHE TALE INCARICO SIA AUTORIZZATO

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_