

**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 APPARTENZA

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 _____