



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE/NULLA OSTA PER INCARICHI
EXTRA ISTITUZIONALI DI CTP-CTU**

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

NULLA OSTA PER CTU CONFERITO DA

AUTORITA' GIUDIZIARIA: _____
INDIRIZZO: VIA _____ N. _____ CITTA' _____ CAP _____
CODICE FISCALE O PARTITA IVA _____
PROCEDIMENTO PENALE/CIVILE/...../n° _____
DURATA _____
PERIODO IN CUI VIENE ESPLETATO: DAL _____ AL _____
COMPENSO LORDO PREVISTO: _____
COMPENSO LORDO PRESUNTO: _____

AUTORIZZAZIONE PER CTP-CTU CONFERITO DA

COMMITTENTE: _____
INDIRIZZO: VIA _____ N. _____ CITTA' _____ CAP _____
PARTITA IVA _____
PROCEDIMENTO PENALE/CIVILE/...../n° _____
DURATA _____
PERIODO IN CUI VIENE ESPLETATO: DAL _____ AL _____
COMPENSO LORDO PREVISTO: _____
COMPENSO LORDO PRESUNTO: _____

***NB: La domanda non può essere accolta in caso di mancata compilazione di uno
dei campi su indicati***

A TAL FINE DICHIARA CHE

- L'AOU NON E' PARTE NE' CONTROINTERESSATA NEL CONTENZIOSO PER IL QUALE SI CHIEDE LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE;
- L'INCARICO NON RIENTRA TRA I COMPITI E I 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 _____