



AOU Sassari

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

Al Responsabile del Servizio Trattamento Giuridico
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE

__L__ SOTTOSCRITT__ _____ NATO A _____ IL __/__/____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____

RECAPITO TELEFONICO _____ QUALIFICA _____ MATRICOLA N. _____

DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO INDETERMINATO

CON RAPPORTO DI LAVORO (PER I DIRIGENTI MEDICI) ESCLUSIVO NON
ESCLUSIVO

IN SERVIZIO PRESSO _____

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE LA SOTTOINDICATA ATTIVITA' O AD ASSUMERE IL SOTTOINDICATO INCARICO AI SENSI DEL REGOLAMENTO SUGLI INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI PER IL PERSONALE DIPENDENTE (indicare dettagliatamente l'attività ed il tipo di prestazione da rendere al committente):

AMMINISTRAZIONE/SOGGETTO PROPONENTE (indicare la denominazione, la natura giuridica e indirizzo)

PRESSO (indicare struttura e luogo dove verrà svolto l'incarico) _____

PERIODO (indicare la durata temporale dell'incarico) _____

COMPENSO COMPLESSIVO LORDO (anche presunto) _____

A TAL FINE DICHIARA CHE:

- L'INCARICO NON RIENTRA TRA I COMPITI E I DOVERI D'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 E CORRETTO SVOLGIMENTO DEI COMPITI D'UFFICIO;
- SVOLGERA' L'INCARICO FUORI DELL'ORARIO DI LAVORO, SENZA UTILIZZARE BENI, MEZZI E ATTREZZATURE DELLA AOU DI SASSARI.

DATA _____

FIRMA _____

Il sottoscritto/a allega copia della richiesta effettuata dal soggetto in favore del quale viene svolta la prestazione o la documentazione inerente l'attività che intende svolgere.

Il sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a 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 D.P.R. 445/2000);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti 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 D.P.R. 28/12/2000 n.445);

DATA _____

FIRMA _____

II PARTE - DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

__L__ SOTTOSCRITT _____ RESPONSABILE/DIRETTORE

DEL _____

ATTESTA E DICHIARA 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 _____

TIMBRO E FIRMA _____