ISTANZA DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI
CONSULENZE TECNICHE D'UFFICIO E DI PARTE

Mod. B

Al Responsabile del Servizio del Personale
Asl 8

DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE

__L SOTTOSCRITT_____C.F._____NATO

A_____ IL ___/___/_____ RESIDENTE IN _____ VIA _____N._____

RECAPITO
TELEFONICO_____QUALIFICA_____MATRICOLAN._____

DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO INDETERMINATO

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

IN SERVIZIO PRESSO_____

CHIEDE

AI SENSI DEL REGOLAMENTO SUGLI INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI PER IL PERSONALE DIPENDENTE ASL N8

EMANATO CON DETERMINAZIONE N 1130 DEL 24/10/2007 L'AUTORIZZAZIONE AD ASSUMERE L'INCARICO DI

❑ CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO CONFERITO DAL GIUDICE (specificare se trattasi di giudice del lavoro,penale, civile etc…)_____

❑ CONSULENTE DI PARTE SU INCARICO DI (specificare il nominativo, codice fiscale e/o partita IVA e indirizzo del

committente)_____

PERIODO (indicare la durata temporale dell'incarico)

_____

COMPENSO COMPLESSIVO LORDO (anche presunto)

_____

A TAL FINE DICHIARA CHE:

❑ L'AZ. USL N.8 NON E' PARTE, NE' CONTROINTERESSATA; NEL CONTENZIOSO N._____ IN RELAZIONE AL QUALE SI CHIEDE LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE;

❑ 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 ASL N.8

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 del D.P.R. 28/12/2000 N.445)

DATA_____ FIRMA_____

II PARTE - DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO/ PRESIDIO/ DISTRETTO/ DIPARTIMENTO D'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_____