

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE INCARICHI ESTERNI

(Legge n° 190 06/11/2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illealtà)

Al Direttore Gestione Risorse Umane

SEDE

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ Via _____

_____ in qualità di dipendente di questa Azienda Ospedaliera in servizio presso _____

_____ Profilo Professionale _____

chiede di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico :

_ Tipologia dell'incarico _____

_ Soggetto a favore del quale svolge l'incarico _____

_ Codice Fiscale o Partiva IVA del soggetto conferente _____

_ Modalità di svolgimento _____

_ Data inizio prevista _____ data finale prevista _____

_ Compenso previsto o se gratuito _____

In caso di conferimento incarico da parte di Amministrazione pubblica :

_ La normativa di legge di applicazione dell'incarico _____

_ Le ragioni del conferimento _____

_ I criteri di scelta utilizzati dall'amministrazione _____

_ L'obbligo da parte dell'Ente conferente di comunicare i pagamenti di qualsiasi compenso, effettuati al dipendente, entro 15 giorni al Servizio Gestione Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera.

In caso di conferimento incarico da parte di Enti pubblici economici e/o privati :

_ Eventuali legami dell'Azienda Ospedaliera con la citata società es. (fornitori – clienti o quant'altro) ;

_ L'obbligo da parte dell'Ente conferente di comunicare i pagamenti di qualsiasi compenso, erogati al dipendente, entro 15 giorni all'Azienda Ospedaliera – Servizio Gestione Risorse Umane.

Dichiara inoltre :

che l'incarico non rientra nei compiti del Servizio di assegnazione ed ha carattere saltuario ed occasionale ;

che non sussistono motivi di incompatibilità con le attività attualmente prestate ;

che l'incarico sarà svolto inderogabilmente al di fuori dell'orario di servizio, senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature dell' Azienda Ospedaliera;

che in ogni caso saranno assicurate prioritariamente tutti i compiti di Istituto anche a carattere eccezionale e straordinario, senza che l'incarico possa influire in tali attività.

Li _____ Timbro e Firma (leggibile) _____

AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto _____ Direttore del _____

Vista la richiesta del Sig./Dott. _____

Certifica

Che, in relazione alla richiesta presentata di nulla osta allo svolgimento dell'incarico da parte del

Sig./Dott. _____ non sussistono cause di incompatibilità di diritto e di fatto o situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività di Istituto svolte dal citato dipendente. Si precisa, tenuto conto delle esigenze del servizio da me diretto e dell'impegno richiesto per l'incarico conferito. Esso costituisce, inoltre, concreta occasione di accrescimento professionale, di nonché quale positivo strumento divulgativo e di scambio di esperienze organizzative e gestionali nell'ottica della maggiore diffusione, omogeneizzazione ed ottimizzazione dei modelli aziendali adottati. Tali ulteriori esperienze potranno pertanto, essere di concreta futura utilizzazione da parte dell'azienda Ospedaliera.

La domanda così come sopra formulata, unitamente alla presente autorizzazione viene rilasciata sia al dipendente che all'amministrazione conferente l'incarico, nonché al Servizio Gestione Risorse Umane, al fine degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in tema di autorizzazioni e adempimenti per l'Anagrafe delle Prestazioni.

Li _____

Timbro e firma (leggibile) _____