



Modulo 1 – Incarichi retribuiti

Al **Direttore U.O.C. Affari Generali**
SEDE

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi/attività retribuite.

Il/La Sottoscritto/a _____ C.F. _____ in
servizio presso questa Azienda Ospedaliera con la qualifica di _____
presso _____ e con Matricola _____ consapevole di
quanto previsto dalla normativa vigente in materia di compatibilità con il regime di impiego

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere l'incarico/attività retribuita, avente natura occasionale conferitomi da
_____ e di cui si allega la documentazione di conferimento.

L'incarico ricevuto avrà luogo il giorno/i _____ (salvo eventuale rinvio)
con un impegno previsto di n° ore _____ articolate su n° _____ giornate lavorative.

L'Importo previsto che verrà corrisposto per tale attività è di € _____.

Dichiaro che l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività lavorativa e che verrà
svolto al di fuori dell'orario di servizio (**articolo n.53 del Decreto Legislativo 165/2001**).

L'incarico proposto ha per oggetto la seguente attività:



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

- *Amministratore (condominio, assemblee varie)*
- *Arbitrato*
- *Collaudo opere pubbliche*
- *Commissario ad acta*
- *Commissario o giudice di manifestazione sportive*
- *Commissione di concorso o di esame*
- *Commissione di studio o di progettazione*
- *Commissione disciplinare di federazioni sportive*
- *Componente Collegio Sindacale*
- *Componente Consiglio di Amministrazione*
- *Consulenza tecnico – scientifica*
- *Docente in corso di formazione*
- *Attività professionali presso altre Amministrazioni*
- *Collaborazione scientifica*
- *Incarico di studio o di ricerca*
- *Membro di Comitati o gruppi di lavoro*
- *Progettazione o direzioni di lavori*
- *Revisore dei conti*

Altre tipologie di incarico: _____

Luogo _____ **Data** _____ **Firma** _____
(Richiedente)



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

**La firma del Responsabile del Dipartimento/Unità Operativa di appartenenza, attesta la mancanza di conflitto di interessi tra la prestazione da espletare e le attività istituzionali svolte dal dipendente presso la struttura di appartenenza.*

Luogo _____ **Data** _____ **Firma e Timbro** _____
(Superiore Gerarchico)

***Informativa:** Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del Procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano, titolare del trattamento.*

All'interessato competono i diritti di cui al Decreto Legislativo 198/2003.

Avvertenze:

- *Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)*
- *Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)*
- *Si attesta che l'attività oggetto della presente richiesta non si figura come concorrenziale con l'attività propria dell'Azienda e che la richiesta non ha ad oggetto incarichi in favore di soggetti o enti con i quali il dipendente interessato o la struttura operativa intrattiene rapporti istituzionali. Nello specifico non sono in corso rapporti economici, personali o familiari con il soggetto richiedente (o sue partecipate o controllate) quali consulenza, possesso di azioni, perizie retribuite, licenze o altro, tali da generare un potenziale conflitto di interessi.*