

Alla cortese Attenzione del  
RESPONSABILE S.C. POL. E  
GESTIONE PERSONALE /  
RESPONSABILE S.S. FORMAZIONE  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria  
n. 5 "Friuli Occidentale"  
Via della Vecchia Ceramica 1  
33170 PORDENONE

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE INCARICO EXTRA ISTITUZIONALE

Il/la sottoscritto/a ..... telefono .....  
Qualifica .....  
Assegnato all'Unità Operativa/Servizio/Ufficio .....  
..... presso la sede .....  
Preso visione del Regolamento Aziendale approvato con decreto DG n. 590 del 09.11.2015  
Concernente le incompatibilità e le autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra istituzionali

CHIEDE

L'autorizzazione a svolgere il/la sotto indicato/a incarico/attività o ad assumere la sotto indicata carica:

.....  
.....  
.....

(attività/incarico/carica) proposta/o in data .....  
da (soggetto conferente) .....  
Soggetto a favore del quale verrà prestata l'attività .....

Via ..... n. .... Città .....  
..... C.A.P. .... Codice fiscale .....

Che comporterà il seguente impegno di tempo .....  
Dal giorno ..... al giorno ..... / dalle ore ..... alle ore .....

Luogo di svolgimento .....

Per un compenso complessivo presunto di euro ..... lordi, articolato come segue:  
( indicare eventuali compensi / rimborso spese di qualunque  
genere).....

Ai fini dell'autorizzazione il sottoscritto dichiara che (barrare la voce che interessa):

- che l'incarico non rientra tra i compiti e doveri d'ufficio;
- non sussistono motivi di incompatibilità e/o conflitto di interessi ai sensi del regolamento aziendale approvato con decreto DG n. 590 del 09.11.2015 o di altra fonte normativa;
- l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio e **senza l'utilizzo dei beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda;**
- l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio e **con l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;**
- verrà comunque assicurato il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- lo svolgimento dell'incarico non comporta apertura di Partita Iva o l'iscrizione in appositi albi o registri, né determina l'insorgenza di un rapporto di lavoro subordinato alle dipendenze del soggetto conferente;
- l'incarico, unitamente ad eventuali altri già autorizzati nell'anno, non comporta un impegno, anche non consecutivo superiore a n. 90 ore / anno (una giornata è considerata pari a n. 7.12 ore se comparto e 7.32 ore se dirigenza).

Il sottoscritto si impegna a fornire comunicazione tempestiva e precisa di ogni modifica che dovesse sopraggiungere.  
Ad ogni buon fine si allega la seguente documentazione .....

Confidando in un favorevole accoglimento porge cordiali saluti

Li .....

.....  
(firma leggibile)

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di ..... valutata la presente richiesta alla luce delle disposizioni di cui al regolamento aziendale approvato con decreto DG n. 590 del 09.11.2015 dichiara che non sussistono cause di incompatibilità o conflitto di interesse con l'attività espletata dal richiedente presso la struttura di assegnazione.....

Li.....

.....  
(Il Responsabile / Direttore SOC/SS)  
- timbro firma leggibile -

Per presa visione / conferma

.....  
(Il Capo Dipartimento)  
- timbro firma leggibile -

Il DIRETTORE SANITARIO/AMMINISTRATIVO, a seguito di valutazione di eventuali ragioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi dell'attività in oggetto con l'attività istituzionale, **ESPRIME PARERE:**

Li .....

Firma

.....  
(Timbro e firma leggibile)