

## **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 €

Dichiavo 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 preposto ha per oggetto la seguente attività:

- Amministratore (condominio, assemblee varie)*
- Arbitro*
- 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)



*\*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.