

AL DIRETTORE
U.O.C. Dinamiche del Personale

Inviare al seguente indirizzo P.E.C.: protocollo.aslpe@pec.it (da p.e.c. personale del richiedente)
oppure al seguente indirizzo e-mail: protocollogenerale@asl.pe.it (da e-mail aziendale del dipendente)

MODALITÀ DI COMPILAZIONE: la presente richiesta deve essere **OBBLIGATORIAMENTE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE** ai fini dell'accoglimento della stessa. Ogni istanza non compilata in ogni sua parte con la completa indicazione dei dati richiesti sarà considerata quale domanda **non resa** con applicazione delle previste sanzioni.

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione ai sensi dell'art. 53 D.Lgs.vo 30 Marzo 2001, n. 165.

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____,
C.F. _____,
residente in _____
C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____
dipendente presso codesta ASL con posizione funzionale di _____
_____ in servizio presso il servizio/struttura/unità operativa/ufficio
di _____ Presidio di _____
recapito uff. _____ cellulare: _____

con il seguente rapporto di lavoro:

- determinato con scadenza incarico _____
- indeterminato

con orario:

- tempo pieno
- part time percentuale _____ %

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico occasionale, retribuito/non retribuito, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Amministrazione

Denominazione soggetto proponente _____

Natura giuridica del soggetto proponente: Pubblico Privato

Indirizzo del soggetto proponente (sede legale) _____

CODICE FISCALE del soggetto proponente l'incarico: _____

N.Fax _____ N. Tel. _____

Descrizione dell'incarico proposto (**specificare dettagliatamente ed allegare ogni documentazione utile**):

Data di inizio incarico:_____ Data di fine incarico:_____

L'incarico verrà svolto con un impiego presumibile di ore: _____ articolate su n. _____
giorni lavorativi settimanali/mensili/annuali (**cancellare le opzioni non interessate**);

Compenso lordo previsto:_____ oppure Compenso lordo presunto:_____

A tal fine il sottoscritto **DICHIARA QUANTO SEGUE**, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.:

- di essere:
 - * Consapevole della responsabilità penale per le dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità di cui all'art. 76 del citato decreto;
 - * Consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di seguito riportate che l'Amministrazione potrà effettuare ai sensi dell'art. 71 del citato decreto che verrà data formale comunicazione dell'esito della verifica solo in caso di riscontro di irregolarità;
 - * Consapevole della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito sulla base di provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera di cui all'art.75 del citato decreto;
- che:
 - * l'incarico verrà espletato solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione dalla ASL di appartenenza;
 - * l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale;
 - * l'incarico non rientra tra i compiti del Servizio di assegnazione;
 - * l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di servizio, senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
 - * l'incarico presenta carattere di temporaneità, saltuarietà ed occasionalità, con esclusione dell'instaurazione di rapporti di lavoro di natura subordinata, di collaborazione coordinata e continuativa e di lavoro autonomo;
 - * l'incarico non rientra nello svolgimento di attività libero-professionale;
 - * non sussistono motivi di incompatibilità e/o conflitto di interessi.

DICHIARA ALTRESI'

- di essere a conoscenza che al termine dell'incarico dovrà essere trasmesso all'U.O.C. Dinamiche del Personale il modello dell'anagrafe delle prestazioni compilato e controfirmato dall'azienda conferente entro e non oltre il termine di 15 giorni dall'erogazione del corrispettivo;
- di essere informato che il trattamento dei propri dati personali avviene ai fini istituzionali secondo le modalità e nel rispetto del Regolamento (UE) n°679/2019.

Il sottoscritto si riserva, infine, di comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato.

data,_____

IN FEDE

Per informazioni contattare dal lunedì al giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00:

Dott.ssa Leila Colucci (leila.colucci@asl.pe.it) Tel. 085/4253062

Sig.ra Claudia D'Orazio (claudia.dorazio@asl.pe.it) Tel. 085/4253054