

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

**MODELLO A**

**Al Direttore**

**U.O.C. Dinamiche del Personale**

Inviare al seguente indirizzo P.E.C.: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it) (da p.e.c. personale del richiedente)  
oppure al seguente indirizzo e-mail: [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto: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/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

matricola: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

dipendente di questa A.S.L. in qualità di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

(Specificare Ufficio o U.O. di appartenenza)

con il seguente rapporto di lavoro:

indeterminato  determinato con scadenza incarico \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

p.e.c. \_\_\_\_\_ 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 non versare, in relazione all'incarico sopra indicato, in alcuna delle situazioni di inconferibilità ed incompatibilità previste dalla legge e di non trovarsi, altresì, con riferimento alla propria attività lavorativa svolta quale dipendente della ASL di Pescara in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- 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.
  - \* 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;

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



**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](mailto:dpo@asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito [asl.pe.it/dati-personali](http://asl.pe.it/dati-personali) e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Data \_\_\_\_\_

Firma anche per presa visione dell'informativa estesa \_\_\_\_\_

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

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

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