

(ALLEGATO A)

**Modulo per la comunicazione di espletamento di Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU),  
art. 53, D.Lgs. n. 165/2001 (esercizio di pubblica funzione)**

Alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione  
ASP Vibo Valentia  
Sede

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a

\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ dipendete di questa

Azienda, con la qualifica di \_\_\_\_\_

Matr.: \_\_\_\_\_ in servizio presso Il/la \_\_\_\_\_

Recapiti: \_\_\_\_\_

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

**Comunica**

(ai sensi dell'art. 53, D.Lgs n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i., del Regolamento aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali, nonché delle norme sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza cui alla legge 190/2012)

**Di volere effettuare l'incarico di seguito indicato, appartenente alla tipologia delle  
Consulenze Tecniche d'Ufficio:**

**C.T.U. nel procedimento giudiziale pendente dinanzi a:** (indicare l'Autorità procedente: Tribunale,

Sezione e Giudice; Corte di Appello; Procura della Repubblica, ecc) \_\_\_\_\_

Incardinato tra le seguenti parti:(indicare le parti in causa – attore e convenuto – in forma abbreviata, nel rispetto

delle norme sulla riservatezza) \_\_\_\_\_

Registrato con R.G./Ruolo Generale n° \_\_\_\_\_

*di*

*M*

**durata dell'incarico:** (data dell'udienza di giuramento e formulazione dei quesiti o periodo/durata complessiva dell'incarico, comprensiva del termine fissato dal Giudice per la relazione peritale)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

incarico retribuito:  SI  NO

quantificazione del compenso presunto/previsto e modalità di fatturazione:

\_\_\_\_\_

**Dati del soggetto conferente l'incarico, che ha nominato il dipendente quale C.T.U.:**

\_\_\_\_\_

con sede legale in: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., il sottoscritto/a consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, stesso DPR).

### DICHIARA

- che l'incarico/attività non rientra tra i propri compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- che non sussistono motivi di incompatibilità e di conflitto di interessi, anche potenziale, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle proprie funzioni istituzionali, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e dal regolamento aziendale in materia;
- di essere a conoscenza che il presente incarico verrà inserito nell'Anagrafe delle prestazioni dei pubblici dipendenti e sarà pubblicato nel sito web aziendale, in ottemperanza alle norme sulla trasparenza (art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.);

*SR*  


- di impegnarsi a comunicare all'Amministrazione di appartenenza, entro 15 giorni dalla liquidazione, il compenso effettivamente percepito, quale sarà erogato direttamente dal soggetto pubblico conferente l'incarico o da altro soggetto da questo indicato (comma 11);
- che l'incarico/attività verrà svolto senza utilizzare beni, mezzi, ed attrezzature dell'Azienda Sanitaria Provinciale;
- che sarà assicurato, in ogni caso, il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- che l'incarico/attività avrà carattere saltuario ed occasionale;
- che l'incarico si svolgerà(luogo)\_\_\_\_\_;

■ **che l'incarico/attività verrà effettuato** (barrare la voce che interessa):

- in orario extra – lavorativo;
- in orario lavorativo, previo assenso del Responsabile del servizio mediante la fruizione del seguente istituto contrattuale:
  - permesso a recupero ore mese corrente;
  - permesso a recupero ore mesi precedenti;
  - ferie/ congedo ordinario.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Vibo Val.,

**Il Dichiarante**

---

**Nulla osta del Responsabile del Servizio**

---

Ai sensi dell'art. 38 del DPR445/2000 la presente è inoltrata:  
(barrare la voce che interessa)

- a mezzo posta, all'Ufficio Protocollo Generale;
- a mezzo pec all'indirizzo: aspvibovalentia@pec.it;
- presentata direttamente al Protocollo Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale

