

**ALLEGATO B - MODULO RICHIESTA
AUTORIZZAZIONE**

**Alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
e Formazione ASP Vibo Valentia**

Richiesta di autorizzazione preventiva allo svolgimento di incarichi extraistituzionali EX L.43/2006 AI SENSI DELL'ART. 3 – QUATER DEL D.L. N. 127/2021 E S.M.I. E DELL'ART. 13 DEL D.L. 34 DEL 30 MARZO 2023 CONVERTITO IN LEGGE N. 56 DEL 29.5.2023.

Il/la sottoscritto/aCodice fiscale.....

nato/a il a (Prov.....) cittadinanza residente a

..... (Prov.....) in Via/Piazza..... n°

Telefono

E-mail.....

in servizio con la qualifica di

a tempo Indeterminato/Determinato (specificare tipologia contrattuale)

matricola..... Presso l'U.O.

CHIEDE

L'Autorizzazione a svolgere l'incarico presso

- ☐ Società /Ente /Azienda, e/o Autorità Giudiziaria
- ☐ Pubblica
- ☐ Privata
- ☐ Esercizio di attività libero professionali a favore di singoli utenti

➤ P.Iva/C.F.....Via..... n° Telefono

➤ E-mail

➤ per il periodo dal..... al..... Luogo.....

➤ Descrizione Incarico

**ALLEGATO B - MODULO RICHIESTA
AUTORIZZAZIONE**

**Alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
e Formazione ASP Vibo Valentia**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt 19. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n°445)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

- che l'attività/incarico non è in contrasto con gli interessi dell'Azienda, verrà svolto al di fuori dell'orario di lavoro, garantendo il rispetto dell'orario contrattualmente previsto;
- di non utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda, rispettando il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti di ufficio, che lo stesso non arrecherà alcun pregiudizio all'assolvimento dei propri compiti istituzionali;
- che l'attività/incarico viene esercitata per un massimo di 8 ore settimanali;
- di non essere impegnato in progetti relativi allo smaltimento delle liste di attesa;
- che l'attività/incarico ha ad oggetto prestazioni non convenzionate ed accreditate dal SSR;
- di aver letto ed ottemperato a quanto sancito dal vigente Regolamento Aziendale in materia di incompatibilità degli incarichi extraistituzionali;
- di non superare i limiti previsti per lo svolgimento degli incarichi cui all'art. 1 comma 123 L.662/96;

Per l'attività di cui sopra verrà corrisposto un compenso:

- ☐ Presunto di €
- ☐ Previsto pari a €
- ☐ Per l'attività di cui sopra non verrà corrisposto alcun compenso

Che comunicherà annualmente alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione il compenso erogato per lo svolgimento del suddetto incarico.

Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art 76 DPR 28.12.2000 n°445) e si impegna a comunicare all'ASP di Vibo Valentia qualunque variazione dovesse intervenire in ordine alle caratteristiche dell'attività o dell'incarico sopra dettagliato.

Autorizza espressamente l'utilizzo dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 16/2003 e ss.mm.ii.

.....Li.....

Il Dichiarante

Le domande dovranno essere presentate esclusivamente all'ufficio protocollo dell'Azienda con almeno 30giorni di anticipo rispetto alla data dell'evento, farà fede il timbro del protocollo Aziendale. Si comunica che non saranno valutate le richieste pervenute oltre la data dei 30 giorni preventivi, o incomplete.

**ALLEGATO B - MODULO RICHIESTA
AUTORIZZAZIONE**

**Alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
e Formazione ASP Vibo Valentia**

OGGETTO: Rilascio parere in merito alla richiesta autorizzazione preventiva allo svolgimento di incarichi extraistituzionali EX L.43/2006 AI SENSI DELL'ART. 3 – QUATER DEL D.L. N. 127/2021 E S.M.I. E DELL'ART. 13 DEL D.L. 34 DEL 30 MARZO 2023 CONVERTITO IN LEGGE N. 56 DEL 29.5.2023.

Dott. _____

Autorizzazione del Direttore di Struttura Complessa presso cui il dipendente svolge la propria attività istituzionale

Il / La sottoscritto / a _____

Verificato che l'attività sopra descritta del dipendente _____

☐ Non risulta ☐ risulta compatibile con i compiti e i doveri del dipendente

☐ Non risulta ☐ risulta compatibile sotto il profilo organizzativo

☐ Non risulta ☐ risulta che l'attività non arreca pregiudizio allo smaltimento delle liste d'attesa

☐ Non risulta ☐ risulta che il dipendente rispetta l'orario di lavoro ordinario settimanale e non si trova in debito

orario con l'Azienda.

Esprime parere

☐ Favorevole

☐ Non favorevole per le seguenti motivazioni

Data _____

(firma del Direttore/Responsabile di struttura)

RIEPILOGO DATI ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI

(N.B. il presente stampato, compilato in ogni sua parte, deve essere consegnato all'ufficio protocollo
all'erogazione da parte del soggetto conferente dei compensi previsti)

DIPENDENTE: COGNOME _____

NOME MATRICOLA _____

DENOMINAZIONE ENTE/SOCIETÀ: _____

PROTOCOLLO E DATA DI AUTORIZZAZIONE: _____

COMPENSO LORDO PREVISTO: € _____

DATA INIZIO ATTIVITÀ: _____

DATA FINE ATTIVITÀ: _____

IMPORTO LORDO EROGATO ANNO

ANNO: _____

Data _____

Firma del dipendente