

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'A. O. dei COLLI

e.p.c. ALLA DIREZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE  
DEL PERSONALE DIPENDENTE E  
CONVENZIONATO  
SEDE

Il sottoscritto dipendente di questa Azienda :

cognome	nome	Luogo di nascita	data	Codice fiscale

In servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

ai sensi dell'art. 53 del D.L.vo n.165/01 e s.m.i., come da ultimo modificato dalla Legge n.190 del 6.11.2012, che svolgerà l'incarico extraistituzionale sotto specificato :

Denominazione e sede del soggetto Conferente : pubblico <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale/partita IVA dei soggetto conferente: - per soggetto estero il codice fiscale riconosciuto In Italia :	
Tipologia e Oggetto dell'incarico :	
Incarico a .... Titolo gratuito <input type="checkbox"/>	pari ad €
Compenso lordo previsto <input type="checkbox"/>	
Compenso non previsto <input type="checkbox"/>	
Data inizio incarico (gg/mese/anno)	Data fine incarico (gg/mese/anno)
(precisare le giornate e le articolazioni orarie)	
Luogo dell'incarico :	

a tale scopo, dichiara che l'incarico :

- verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, non comporterà alcuna interferenza con l'attività lavorativa ordinaria e verrà svolta senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda
  - non sussistono motivi di incompatibilità e situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività della Azienda Ospedaliera dei Colli
  - non sussistono attribuzioni specifiche (svolgimento di attività della stessa natura, anche in base a rapporto convenzionale, partecipazioni a commissioni) che determinano rapporti con Il soggetto che conferisce l'incarico extraistituzionale.
- Allega la documentazione relativa all'incarico di cui sopra e porge distinti saluti.

firma

Data

Parere del :
Direttore Struttura Complessa <input type="checkbox"/> o del Direttore Dipartimento <input type="checkbox"/> o del Direttore Amm.vo <input type="checkbox"/> o del Direttore Sanitario <input type="checkbox"/>
Direttore Struttura Amministrativa o Tecnica o Professionale <input type="checkbox"/> Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie <input type="checkbox"/>
<b>SI ATTESTA</b>
la mancanza di incompatibilità e insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi circa l'attività extraistituzionale di cui alla presente richiesta con l'attività svolta dal dipendente :
FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>
NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>
per i seguenti motivi:
firma
Data

Il parere deve essere espresso dai:

- Direttore Struttura Complessa per la Dirigenza della struttura
- Direttore Dipartimento per i Direttori di Struttura complessa
- Direttore Amministrativo o Sanitario per i Direttori di Dipartimenti Tecnici, Amministrativi e Sanitari
- Direttore Strutture Amministrative, Tecniche e Professionale per il personale afferente alla struttura
- Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie per il restante personale del comparto

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'A. O. dei COLLI

e.p.c. ALLA DIREZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE  
DEL PERSONALE DIPENDENTE E  
CONVENZIONATO  
SEDE

il sottoscritto dipendente di questa Azienda :

Cognome	Nome	Luogo di nascita	data	Codice fiscale

in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE**

ai sensi dell'art. 53 del D.L.vo n.165/01 e s.m.i., come da ultimo modificato dalla Legge n.190 del 6.11.2012, a svolgere l'incarico extraistituzionale sotto specificato :

Denominazione e sede del soggetto Conferente : pubblico <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale/partita IVA del soggetto conferente italiano: per soggetto estero il codice fiscale riconosciuto in Italia :	
Tipologia e Oggetto dell'incarico :	
Incarico a .... Titolo gratuito <input type="checkbox"/> Compenso lordo previsto <input type="checkbox"/> Compenso non previsto <input type="checkbox"/>	pari ad €
Data inizio incarico (gg/mese/anno) (precisare le giornate e le articolazioni orarie)	Data fine incarico (gg/mese/anno)
Luogo dell'incarico :	

a tale scopo, dichiara che l'incarico :

- verrà svolto ai di fuori dell'orario di servizio, non comporterà alcuna interferenza con l'attività lavorativa ordinaria e verrà svolta senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda
- non sussistono motivi di incompatibilità e situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività della Azienda Ospedaliera dei COLLI
- non sussistono attribuzioni specifiche (svolgimento di attività della stessa natura, anche in base a rapporto convenzionale, partecipazioni a commissioni) che determinano rapporti con il soggetto che conferisce l'incarico extraistituzionale.

Allega la documentazione relativa all'incarico di cui sopra e porge distinti saluti.

Data	firma
<b>Parere del :</b> Direttore Struttura Complessa <input type="checkbox"/> o del Direttore Dipartimento <input type="checkbox"/> o del Direttore Amm.vo <input type="checkbox"/> o del Direttore Sanitario <input type="checkbox"/> Direttore Struttura Amministrativa o Tecnica o Professionale <input type="checkbox"/> Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie <input type="checkbox"/>	
<b>SI ATTESTA</b>	
la mancanza di incompatibilità e insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi circa l'attività extraistituzionale di cui alla presente richiesta con l'attività svolta dal dipendente :	
FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	
per i seguenti motivi:	
Data	Firma

Il parere deve essere espresso dai:

- Direttore Struttura Complessa per la Dirigenza della struttura
- Direttore Dipartimento per i Direttori di Struttura complessa
- Direttore Amministrativo o Sanitario per i Direttori di Dipartimenti Tecnici, Amministrativi e Sanitari
- Direttore Strutture Amministrative, Tecniche e Professionale per il personale afferente alla struttura
- Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie per il restante personale del comparto

(\* ) Istanza da consegnare in busta chiusa all'Ufficio Protocollo dell'Azienda