

|  |
| --- |
| MODULO DI RICHIESTA AUTORIZZATIVA PER L’ESPLETAMENTO DI UN INCARICO  |

**AL DIRETTORE SANITARIO**

 **AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

 **IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”**

**S.S. 113 C. da Casazza – Messina**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso l’U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.tel. aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tipologia di rapporto di lavoro:

* a tempo pieno ovvero O a tempo parziale, indicare la percentuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%
* a rapporto esclusivo

**CHIEDE**

L’autorizzazione per l’espletamento del suddetto incarico extraistituzionale ai sensi dell’art l.43/2006 ai sensi dell’articolo 3 – quater del Decreto Legge 21 settembre 2021, n.127, convertito dalla Legge 19 novembre 2021, n. 165, come modificato dall’articolo 13 del decreto Legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito dalla Legge 26 maggio 2023, n. 56 del regolamento aziendale.

**A tale scopo, presa visione del regolamento pubblicato sul sito aziendale sotto la propria responsabilità, giusta art. 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**

**DICHIARA**

che l’oggetto della prestazione è:

* incarichi libero professionali da parte di altre strutture pubbliche, anche del SSN
* rapporti di lavoro autonomo con strutture private anche accreditate
* esercizio di attività libero professionali a favore di singoli utenti
* che l’incarico non comporta alcun interferimento con l’attività istituzionale;
* che non sussistono motivi di incompatibilità allo svolgimento dell’incarico per il quale si richiede l’autorizzazione;

* che non sussistono situazioni, anche potenziali di conflitto di interesse;
* che assicurerà in ogni caso il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei propri compiti istituzionali senza creare disservizi all’interno dell’Unità Operativa di appartenenza;
* non verrà rilasciata autorizzazione al personale che risulta in debito orario e qualora rilasciata, verrà definitivamente revocata se, ai controlli successivi, il dipendente risulti in debito orario;
* con cadenza trimestrale dovrà presentare alla UOC Risorse Umane una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti del DPR n° 445/2000, comprovante il rispetto dell’impegno assunto ed il non trovarsi in debito orario. In ogni caso dovrà comunicare all’ente di appartenenza le giornate e gli orari di svolgimento delle prestazioni.
* di essere informato ai sensi per gli effetti di cui all’art. 13 della Legge 196/03 e s.m.i. che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale sono forniti, ed inseriti nel sito PerlaPa Anagrafe delle prestazioni (Dipartimento della Funzione Pubblica);
* di farsi carico che il soggetto conferente ovvero in alternativa il sottoscritto, comunichi entro 15 giorni dall’avvenuta erogazione, il periodo di liquidazione e l’ammontare del compenso;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire rispetto a quanto comunicato/dichiarato con la presente richiesta.

 Firma del dipendente

Messina li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VISTO DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA U.O. DI APPARTENEZA:**

Messina li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direttore/Responsabile U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Capo Dipartimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_