

MOD2

da far pervenire almeno 30 gg precedenti l'evento

OGGETTO: Richiesta autorizzazione allo svolgimento di Consulenza Tecnica di Parte (CTP)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____, C.F. _____

tel/cell. _____ e-mail _____

in servizio presso questa Azienda in qualità di (qualifica) _____

presso _____

Consapevole di quanto previsto in materia di compatibilità con il regime d'impiego dalla normativa vigente

CHIEDE

di essere autorizzato/a a svolgere l'incarico di CTP, avente natura occasionale, proposto da _____ (nome ente o soggetto che conferisce l'incarico specificando se ente pubblico o privato), come da richiesta in allegato **(deve essere obbligatoriamente allegata la richiesta del soggetto conferente)**

Codice fiscale/ P.IVA Ente/Soggetto conferente _____

e-mail di contatto del conferente _____

il numero di iscrizione a ruolo del procedimento. _____

A tal fine dichiara che:

L'incarico proposto ha per oggetto la seguente prestazione consulenza tecnica di parte _____ (interdizione, inabilitazione, civile, penale)

Verrà svolta per un periodo dal _____ al _____,

Con un impegno previsto di n. ore _____ articolate su n. _____ giornate lavorative;

L'importo (eventualmente presunto) del compenso lordo è di €. _____;

Sono/ Non sono a carico del soggetto esterno richiedente.

Spese di viaggio, vitto e alloggio _____



Dichiara altresì che l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale e che

non ha in corso di svolgimento altri incarichi

già svolto i seguenti incarichi: (denominazione conferente e C.F.)

ha in corso di svolgimento i seguenti incarichi: (denominazione conferente e C.F.)

_____ li _____
(firma)

Timbro e firma del diretto superiore gerarchico

(Direttore Dipartimento/Direttore Unità Operativa/Unità Funzionale *)

_____ li _____
(firma)

(*) La firma del Responsabile del Dipartimento/ Unità Operativa/Unità Funzionale, di appartenenza attesta la mancanza di conflitto di interessi tra la prestazione da espletare e le attività istituzionali svolte dal dipendente presso la struttura di assegnazione.

Informativa :

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda Asl Napoli 3 Sud, titolare del trattamento.

All'interessato competono i diritti di cui al D. Lgs. 196/03.

Avvertenze

- il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 28.12.2000, n. 445).
- il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 28.12.2000, n° 445)
- Si attesta che l'attività oggetto della presente richiesta non si configura come concorrenziale con l'attività propria dell'Azienda e che la richiesta non ha ad oggetto incarichi in favore di soggetti o Enti con i quali il dipendente interessato o la struttura operativa intrattiene rapporti istituzionali, in specie che non sono in corso rapporti economici, personali o familiari con il Soggetto richiedente (o sue partecipate e/o controllate) quali consulenza, possesso di azioni, perizie retribuite, licenze, etc., tali da generare un potenziale conflitto di interesse,

Il presente modulo correttamente compilato in ogni sua parte deve essere previamente protocollato; solo dopo la sua protocollazione può inviato al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: sgru@pec.aslnapoli3sud.it.