



ALLEGATO A
AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI
EXTRAISTITUZIONALE RETRIBUITI ex art. 53 D.LGS.n. 165/2001 e ss.mm.ii.
(da presentare 30 gg. prima della data prevista per l'incarico, già corredata del nullaosta del Responsabile)

Al Direttore Generale ASL BAT
Al Responsabile della Struttura di assegnazione
LL.SS.

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fisc. _____ nato/a a _____
 _____ il _____ residente in _____ via _____
 _____ n. _____ (recapito telefonico _____),
 matricola n. _____

Dipendente di ASL BT con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato/determinato e con rapporto di lavoro:

- a tempo pieno/a tempo parziale al _____ % (indicare la percentuale);
- (per i dirigenti medici e sanitari) esclusivo/non esclusivo;

presso il Servizio/Struttura _____ appartenente alla
 categoria _____ profilo professionale _____, titolare dell'incarico di

(indicare l'incarico dirigenziale ricoperto ovvero la titolarità di posizione organizzativa, di funzione di coordinamento, di specifiche responsabilità attribuite dall'ASL BT)

CHIEDE

ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 l'autorizzazione allo svolgimento del seguente incarico extra-istituzionale:

- OGGETTO DELL'INCARICO

- ENTE O SOGGETTO CONFERENTE L'INCARICO (*pubblico o privato*) _____
- Denominazione _____
- Indirizzo _____
- Cod. fiscale o Partita IVA _____



- TIPOLOGIA DI RAPPORTO DA INSTAURARE TRA LE PARTI

- LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL'INCARICO (indicare struttura e località)

- DECORRENZA, DURATA E INTENSITA' DELL'INCARICO (espressa in giorni lavorativi o in ore)

- MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'INCARICO

- COMPENSO LORDO PREVISTO O GRATUITA' DELL'INCARICO (indicare anche l'importo presunto)

A tal fine dichiara:

- ✓ che l'incarico non rientra tra i compiti e i doveri d'ufficio svolti nell'ambito del Servizio di assegnazione ed ha carattere saltuario ed occasionale;
- ✓ che non sussistono motivi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite;
- ✓ che l'incarico sarà espletato al di fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'ASL BT;
- ✓ che in ogni caso lo svolgimento dell'incarico non pregiudicherà il tempestivo, corretto ed efficace svolgimento dei compiti d'ufficio spettanti;
- ✓ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni modifica alla presente richiesta.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che:

- non ha in corso di svolgimento altri incarichi;
- ha in corso di svolgimento i seguenti incarichi:

1) Denominazione soggetto conferente _____
Cod. fiscale/P. IVA _____ Data di autorizzazione ASL BAT _____
(allegare copia autorizzazione); luogo e data di inizio dell'attività _____

2) Denominazione soggetto conferente _____
Cod. fiscale/P. IVA _____ Data di autorizzazione ASL BAT _____
(allegare copia autorizzazione); luogo e data di inizio dell'attività _____



3) Denominazione soggetto conferente _____
Cod. fiscale/P. IVA _____ Data di autorizzazione ASL BAT _____
(allegare copia autorizzazione); luogo e data di inizio dell'attività _____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- ✓ di essere consapevole dell'assoggettamento alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445);
- ✓ di essere consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 del D.P.R. 445/2000);
- ✓ di impegnarsi a far pervenire all'ASL BAT l'attestazione dei compensi percepiti;
- ✓ di essere consapevole della normativa TUIR in materia fiscale dei proventi derivanti da attività extraistituzionale.

Allega copia della richiesta dell'Ente o soggetto in favore del quale intende svolgere l'attività extra-istituzionale ed eventuale documentazione inerente tale incarico.

Data _____

Firma leggibile _____

NULLA-OSTA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICO EXTRA-ISTITUZIONALE DEL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ Direttore/Dirigente del Servizio/ Ufficio _____

attesta e dichiara

che, in relazione alla suddetta richiesta di svolgimento dell'incarico di _____, non si ravvisano casi di incompatibilità di diritto e di fatto nell'interesse del buon andamento della P.A. o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente _____ di cui all'art. 4 del presente Regolamento, pertanto, rilascia il proprio nulla-osta per l'espletamento dell'incarico citato.

In caso di diniego, indicare le motivazioni delle situazioni di incompatibilità:



Precisa, inoltre, che non esistono ragioni od esigenze organizzative e funzionali tali da impedire il rilascio dell'autorizzazione richiesta, tenuto conto delle esigenze del Servizio _____ e dell'impegno richiesto al dipendente per lo svolgimento del suddetto incarico

L'istanza di autorizzazione del dipendente, unitamente al presente nulla-osta viene trasmessa al Direttore Generale per il rilascio dell'autorizzazione ed al Area Gestione Risorse Umane per l'espletamento degli adempimenti previsti dalla vigente normativa (Anagrafe delle prestazioni).

Data _____

Timbro e firma leggibile



ALLEGATO B
COMUNICAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI
EXTRAISTITUZIONALE RETRIBUITI ex art. 53 D.LGS.n. 165/2001 e ss.mm.ii.
(da presentare 30 gg. prima della data prevista per l'incarico)

Al Direttore Generale ASL BAT
Al Responsabile della Struttura di assegnazione

LL.SS.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a _____ il _____ Cod. Fisc. _____
dipendente di questa Amministrazione con rapporto di lavoro a tempo: pieno/part-time di tipo verticale /orizzontale
pari a n. _____ ore settimanali, con la qualifica di _____ in servizio presso
_____ matricola _____ Tel. uff. _____
Email/Pec _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 53 D.Lgs. 165/2001, di comunicare lo svolgimento del seguente incarico:

descrizione dell'incarico: _____

Ente/soggetto conferente: _____

natura giuridica dell'Ente/soggetto conferente: pubblica privata

codice fiscale dell'Ente/soggetto conferente: _____

Se l'incarico deve essere conferito da altra pubblica amministrazione, indicare il riferimento normativo in forza del quale l'incarico sarà attribuito _____

data inizio incarico: _____ data fine incarico: _____

presumibile impegno temporale (espresso in ore e/o giorni) _____

luogo di svolgimento dell'attività _____

compenso lordo: previsto pari ad € _____ gratuito;

contemporaneo svolgimento di altri incarichi: no sì (in caso di risposta affermativa indicare gli incarichi extra-istituzionali in corso) _____

Preso visione del Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali, sotto la mia responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni non veritiere, il sottoscritto



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE ASL BT
Via Fornaci, 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale@mailcert.aslbat.it

Direzione Area
Gestione del Personale
Via Fornaci, 201 - 76123 Andria
Tel. 0883 299 487 - Fax 0883 299 488
comunicazioni.personale.aslbat@pec.rupar.puglia.it
trattamento.giuridico@aslbat.it

DICHIARA

- che l'incarico ha carattere temporaneo ed occasionale e non rientra tra i compiti d'ufficio;
- che lo svolgimento dell'incarico non si pone in situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, con le attività istituzionali dell'Amministrazione;
- che il soggetto privato o pubblico presso il quale intende svolgere la collaborazione non ha in corso né ha avuto, nel biennio precedente la presente istanza, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio di appartenenza;
- che l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio e non interferirà con il puntuale e tempestivo adempimento dei compiti e dei doveri d'ufficio;
- che lo svolgimento dell'incarico avverrà nel rispetto del divieto di utilizzo di beni, mezzi e attrezzature di proprietà dell'Amministrazione.

Resta ferma l'osservanza da parte del soggetto che eroga i compensi previsti di darne comunicazione a questa Amministrazione secondo i termini e le modalità di cui all'art. 53, comma 11, del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165.

Io sottoscritto/a mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali successive variazioni.

ALLEGRO:

richiesta di conferimento incarico del soggetto interessato

DATA

FIRMA
