

MODELLO E – AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER L'ESPLETAMENTO DI INCARICO OCCASIONALE AI SENSI DELL'ART. 53 DEL D.LGS. N° 165 DEL 30/03/2001 S.M.I.

DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE TRAMITE L'INDIRIZZO PEC INDICATO

ALLA DIREZIONE GENERALE

Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro

Pec: a.o.cannizzaro@pec.it

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n° _____ C.a.p. _____, tel. n° _____, dipendente di codesta Azienda con la qualifica di _____, pec: **(obbligatoria, alla quale sarà inviata l'autorizzazione richiesta)** _____ in atto in servizio presso l'U.O. _____ con la presente chiede l'**autorizzazione** per l'espletamento di un incarico occasionale della seguente tipologia: CTU/CTP/COMMISSIONE/CONSULENZA/DIREZIONE CORSI/DOCENZA ECC... _____, proposto in data _____ con allegata nota da _____ Sponsorizzato da _____, da svolgere **al di fuori dell'orario di servizio e senza oneri a carico dell'Azienda.**

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. nn. 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nonché ai sensi della normativa vigente in materia di Trasparenza e Anticorruzione e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, **quanto segue:**

- ☐ Che l'incarico suddetto non rientra nei compiti d'ufficio e/o istituzionali e che la prestazione da espletare per intensità e durata non può in alcun modo pregiudicare l'adempimento dei doveri d'ufficio e l'assolvimento dei compiti istituzionali;
- ☐ Che l'espletamento dell'incarico non può in alcun modo arrecare pregiudizio alle esigenze di servizio della struttura di appartenenza poiché non è svolto a favore di soggetti terzi aventi interessi diretti o indiretti, che possano pregiudicare lo svolgimento dell'incarico stesso;
- ☐ Che l'attività oggetto dell'incarico non è in contrasto con gli interessi dell'Azienda, verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio senza l'utilizzo di beni, mezzi e strutture dell'Azienda e senza l'utilizzo di beni e/o accessori di ricambio e/o materiali pluriuso/monouso, riferibili a beni in comodato d'uso gratuito, in prova visione presso la struttura di appartenenza;
- ☐ Di essere a conoscenza che l'evento è organizzato da una ditta di dispositivi medici/farmaci che risulta aggiudicataria di gare vigenti;
- ☐ Di essere a conoscenza che il conferente l'incarico non intrattiene rapporti di natura economica e contrattuale con l'Amministrazione, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione;
- ☐ Che l'incarico di cui trattasi non può creare in alcun modo nocumento all'immagine dell'Amministrazione né pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite allo scrivente
- ☐ Che lo scrivente per l'anno in corso è stato autorizzato all'espletamento dei seguenti incarichi:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____

Si indicano i seguenti dati per la **comunicazione obbligatoria**, entro 15 giorni dalla data di autorizzazione, al sito Perla Pa – Anagrafe delle Prestazioni:

SCHEDA RIEPILOGATIVA DELL'INCARICO	
Incaricato: Cognome e Nome	
Codice Fiscale dell'Incaricato	
Importo Lordo del Compenso Previsto	
Tipologia del Conferente	Pubblico/Privato
Denominazione del Conferente	
Codice Fiscale e Partita IVA del Conferente	
Data di Inizio	
Data di Fine	
Doveri D'Ufficio	
Lo scrivente si riserva di comunicare eventuali variazioni o dati mancanti entro 5 giorni dalla ricezione della presente autorizzazione.	
La data di fine incarico sarà comunicata a seguito di conclusione dello stesso.	

Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti del GDPR n. 679/2016 e del D.lgs 10/08/2018 n. 101, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data ____/____/____/____

Firma del Dipendente

SI ATTESTA ai sensi degli artt. nn. 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in relazione all'attività istituzionale **CHE NON SUSSISTONO SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI DI CONFLITTO DI INTERESSI:**

IL DIRETTORE DELL'U.O. _____

APPORRE TIMBRO E FIRMA _____

SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE GENERALE
(DOTT. SALVATORE GIUFFRIDA)

DATA DI AUTORIZZAZIONE:

Il presente modulo di richiesta risulta temporaneo, nelle more dell'adozione del Regolamento sul conferimento degli incarichi ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i..