

AL DIRETTORE  
U.O.C. Gestione Risorse Umane

TEL. 085/4253061/2  
MAIL: [protocollo@ausl.pe.it](mailto:protocollo@ausl.pe.it)

**OGGETTO:** Richiesta di autorizzazione ai sensi dell'art. 53 D.Lgs.vo 30 Marzo 2001, n. 165.

Il sottoscritto/a dr./ssa; sig./ra \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_,  
dipendente presso codesta ASL con posizione funzionale di \_\_\_\_\_  
in servizio presso il servizio/struttura/unità operativa/ufficio  
di \_\_\_\_\_ Presidio di \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

con il seguente rapporto di lavoro:

- a tempo pieno
- part time
- determinato con scadenza incarico \_\_\_\_\_
- indeterminato

consapevole di quanto previsto in materia di compatibilità con il regime di impiego a tempo pieno dalla normativa vigente ed ai sensi dell'art. 53 D.Lgs.vo 30 Marzo 2001, n. 165, di essere autorizzato allo svolgimento del sotto indicato incarico retribuito esterno, per il quale fornisce, assumendone la piena responsabilità, le seguenti notizie necessarie per ogni opportuna valutazione

### CHIEDE

**di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico occasionale, retribuito/non retribuito, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Amministrazione**

e **DICHIARA QUANTO SEGUE** a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.

- a) Consapevole della responsabilità penale per le dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità di cui all'art. 76 del citato decreto;
- b) Consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di seguito riportate che l'Amministrazione potrà effettuare ai sensi dell'art. 71 del citato decreto che verrà data formale comunicazione dell'esito della verifica solo in caso di riscontro di irregolarità;
- c) Consapevole della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito sulla base di provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera di cui all'art.75 del citato decreto;

### NOTIZIE CONCERNENTI L'INCARICO

Denominazione soggetto proponente \_\_\_\_\_

Natura giuridica (pubblico o privato): \_\_\_\_\_

Indirizzo (sede legale) \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE del soggetto proponente l'incarico: \_\_\_\_\_

N.Fax \_\_\_\_\_ N. Tel. \_\_\_\_\_

Descrizione dell'incarico proposto (*allegare ogni documentazione utile*):

\_\_\_\_\_

---

---

---

Data di inizio incarico: \_\_\_\_\_

Data di fine incarico: \_\_\_\_\_

L'incarico verrà svolto con un impiego presumibile di ore: \_\_\_\_\_ articolate su n. \_\_\_\_\_  
giorni lavorativi;

Compenso lordo previsto: \_\_\_\_\_ *oppure*

Compenso lordo presunto: \_\_\_\_\_

A tal fine il sottoscritto **DICHIARA** che:

- l'incarico verrà espletato solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione dalla ASL;
- l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale;
- l'incarico non rientra tra i compiti del Servizio di assegnazione;
- l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di servizio, senza utilizzare beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
- l'incarico presenta carattere di temporaneità, saltuarietà ed occasionalità, con esclusione dell'instaurazione di rapporti di lavoro di natura subordinata, di collaborazione coordinata e continuativa e di lavoro autonomo;
- l'incarico non rientra nello svolgimento di attività libero-professionale;
- non sussistono motivi di incompatibilità e/o conflitto di interessi.

#### **DICHIARA ALTRESI'**

- di essere a conoscenza che al termine dell'incarico dovrà essere trasmesso all'U.O.C. G.R.U. il modello dell'anagrafe delle prestazioni compilato e controfirmato dall'azienda conferente entro e non oltre il termine di 15 giorni dall'erogazione del corrispettivo;
- di essere informato che il trattamento dei propri dati personali avviene per fini istituzionali secondo le modalità e nel rispetto del D.lgs 196/2003.

Il sottoscritto si riserva, infine, di comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato.

data, \_\_\_\_\_

IN FEDE

---

**L'AUTORIZZAZIONE VIENE INVIATA PER E-MAIL ([protocollo@ausl.pe.it](mailto:protocollo@ausl.pe.it))** In caso di non disponibilità del PC barrare:  invio cartaceo.

N.B. Modalità di compilazione. la presente domanda deve essere **OBBLIGATORIAMENTE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE** ai fini dell'accoglimento della stessa. Si precisa che le dichiarazioni che interessano contrassegnate dal simbolo  **devono essere barrate**, le restanti invece **debitamente compilate**.