

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per conferimento incarico retribuito art.53 del D.lgs n°165/2001.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ dipendente di questa Azienda con

qualifica di \_\_\_\_\_ in servizio presso (U.O./Servizio): \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

di essere autorizzato/a a svolgere l'incarico retribuito esterno proposto da:

\_\_\_\_\_  
(nome ente o soggetto che conferisce l'incarico specificando se ente **pubblico o privato**).

Codice fiscale Ente/soggetto conferente : \_\_\_\_\_

A tal fine **DICHIARA** che l'incarico proposto ha per oggetto la seguente attività: \_\_\_\_\_**(obbligatorio allegare comunicazione di conferimento dell'incarico ed ogni altra documentazione ritenuta utile).**

- Che verrà svolta nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- con un impegno orario previsto n° ore \_\_\_\_\_ articolate su n° \_\_\_\_\_ giornate lavorative;
- L'importo (indicare se **presunto o previsto**) del compenso è di €. \_\_\_\_\_.
- Tale incarico: .....  ha natura occasionale .....  **Non** ha natura occasionale e non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale.
- L'incarico rientra nei doveri d'ufficio: .....  **Si** .....  **No**.
- L'incarico è conferito in applicazione di una specifica norma:  **Si** .....  **No**.

(se SI indicare il riferimento normativo) \_\_\_\_\_

- Dichiaro altresì che:  non ha in corso di svolgimento altri incarichi.  ha in corso di svolgimento i seguenti incarichi (Codice fiscale conferente): \_\_\_\_\_

Denominazione conferente: \_\_\_\_\_

- **Sarà cura del sottoscritto far pervenire all'ASL di Sassari la certificazione dei compensi percepiti.**

**“N.B.: Ai fini degli adempimenti di Legge, di cui all'oggetto, è obbligatorio specificare tutti i dati sopra richiesti”**

Sassari, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**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 Sanitaria Locale n.1 di Sassari, 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 2812.2000,n445); Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28.12.2000, n.445).