

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE — REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

Oggetto: richiesta di autorizzazione per incarico occasionale di

Al Direttore del/della

DATI DEL DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il residente a Via/Piazza
n. C.A.P. città
in servizio presso il P.O./Distretto/U.O. di
in qualità di

DATI DELL'INCARICO

Proposta ricevuta in data da parte di
con sede legale in Via/Piazza
n. C.A.P. città
incarico proposto:

CHIEDE

l'autorizzazione all'espletamento dell'incarico sopra descritto, di cui si allega la lettera di nomina.

DICHIARAZIONI

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 23 dicembre 2000, quanto segue:

Tipologia dell'incarico

Ore complessive data dalle alle

Se l'attività si svolge in più giornate, allegare il calendario completo.

Sede di svolgimento

Via/Piazza n. C.A.P. città

Solo per il personale dirigente: il/la sottoscritto/a non si avvarrà dell'istituto contrattuale di cui all'art. 14, comma 4, del C.C.N.L. 2002-2005.

Anno solare di riferimento Ente pubblico/privato

Compenso previsto/presunto (€)

Dichiara che l'attività non è incompatibile con il servizio prestato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, ai sensi dell'art. 53, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE — REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

INCARICHI GIÀ AUTORIZZATI NELL'ANNO IN CORSO

ULTERIORI DICHIARAZIONI

L'incarico è svolto a favore di un soggetto che non è fornitore di beni o servizi, concessionario, appaltatore, né titolare e/o richiedente di concessioni o autorizzazioni dell'Azienda Sanitaria; tale fattispecie non si è verificata neppure negli ultimi due anni.

In caso di favorevole accoglimento dell'istanza, il/la sottoscritto/a dichiara che l'attività non è in conflitto con le attività e le finalità dell'Azienda.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare le somme percepite per il successivo adempimento aziendale relativo all'inoltro dei dati al Dipartimento della Funzione Pubblica.

LUOGO, DATA E SOTTOSCRIZIONE

Luogo

Data

Firma del dipendente

Campo compilabile per il nominativo; la firma deve essere apposta secondo le modalità previste dall'Azienda.

NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELL'U.O.

Nominativo

Data

Timbro e firma

ALLEGATI

- Lettera di nomina/conferimento dell'incarico.
- Calendario completo, se l'attività si svolge in più giornate.