

**Alla U.O.C. Gestione e Sviluppo
Risorse Umane e**

p.c. Direzione Sanitaria

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per svolgimento di incarichi esterni retribuiti / a titolo gratuito.

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ (____), il _____ e
 residente a _____ (____)
 Via _____ n. _____, CAP _____,
 titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato presso codesta Azienda ai sensi dell'ACN
 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali nella
 branca/disciplina di _____ presso la U.O. / Struttura di
 _____ (n. ore _____)

CHIEDE

di essere autorizzato allo svolgimento del sotto indicato incarico esterno per il quale fornisce, assumendone la piena responsabilità, le seguenti notizie necessarie per la relativa valutazione:

DATI RELATIVI AL SOGGETTO CONFERENTE L'INCARICO	
DENOMINAZIONE	
CODICE FISCALE/PARTIVA IVA	
INDIRIZZO	
TEL.	MAIL
SOGGETTO CHE EROGHERA' IL COMPENSO (SE DIVERSO)	
DATI RELATIVI ALL'INCARICO	
TIPO DI INCARICO (barrare due caselle)	
<input type="checkbox"/> PUBBLICO <input type="checkbox"/> PRIVATO <input type="checkbox"/> RETRIBUITO <input type="checkbox"/> GRATUITO	
TIPOLOGIA DEL CONTRATTO E DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ATTIVITA'	
DATA INIZIO	DATA FINE
AMMONTARE DEL COMPENSO (se previsto)	
INCARICO PER DOVERE DI UFFICIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Il sottoscritto, ai fini del rilascio del nulla osta, **allega documentazione di n. ___ pag.** e dichiara:

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi o motivi di incompatibilità, di diritto o di fatto, ai sensi dell'art. 27 dell'ACN 31.03.2020, di cui ha preso attenta visione e conoscenza;
- che l'incarico verrà svolto fuori dall'orario di servizio;
- che lo svolgimento di tale attività non inciderà nel tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dell'attività presso il PTV;
- che avrà cura di dare ogni comunicazione in caso di variazione di quanto sopra dichiarato.

Distinti saluti.

Data ___ / ___ / _____

In fede

Recapito per ogni comunicazione:

tel _____

e-mail _____

via _____ n. _____, CAP _____ località _____ prov. _____

Parere favorevole del Direttore/Responsabile della Struttura

Data ___ / ___ / _____

Firma e timbro _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

Si autorizza

Non si autorizza per i seguenti motivi

Data _____

Il Direttore Sanitario

Firma e timbro _____