

**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:

<b>DATI RELATIVI AL SOGGETTO CONFERENTE L'INCARICO</b>	
DENOMINAZIONE	
CODICE FISCALE/PARTIVA IVA	
INDIRIZZO	
TEL.	MAIL
SOGGETTO CHE EROGHERA' IL COMPENSO (SE DIVERSO)	
<b>DATI RELATIVI ALL'INCARICO</b>	
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 \_\_\_\_\_