



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna - ISNB (IRCCS)
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (IRCCS)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD
INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI RETRIBUITI**

Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione del Personale

Mod 019

Al Direttore SUMAP

Via Gramsci, 12 Bologna

Oggetto: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali retribuiti, ai sensi dell'art. 53 del Decreto Legislativo n. 165/2001.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
tel. _____ cellulare _____ in servizio presso _____ in qualità di _____

Chiede

l'autorizzazione a svolgere il seguente incarico extraistituzionale (in caso di attività didattica, specificare l'argomento della docenza): _____

a favore di (nominativo, indirizzo e codice fiscale dell'Ente/Ditta che richiede la prestazione): _____

tempo richiesto: _____

periodo di svolgimento: dal _____ al _____

compenso previsto: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che:

- non sussistono motivi di incompatibilità e conflitto di interessi con le attività dell'Azienda USL
- non sussistono attribuzioni specifiche (svolgimento di attività della stessa natura, anche in base a rapporto convenzionale, partecipazione a commissioni, compiti di vigilanza ed ispezione, ecc.) che determinino rapporti con il soggetto che conferisce l'incarico extra-istituzionale
- l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di lavoro, senza alcun utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda
- lo svolgimento dell'incarico non pregiudicherà il puntuale assolvimento dei compiti d'ufficio

data _____ firma del dipendente _____

Visto per conferma del Direttore di U.O.C./Resp.le D.A.Te.R.Firma _____
(la non conferma deve essere motivata)

Parere del Direttore del Dipartimento/Distretto/Staff, attestante la mancanza di incompatibilità dell'attività extra-istituzionale di cui alla presente richiesta con l'attività svolta dal dipendente:

- favorevole
- NON favorevole (il parere non favorevole deve essere motivato)

Data _____ Firma del Direttore di Dipartimento/Distretto/Staff (*) _____

(*) **NB:** in caso di richiesta presentata da Dirigente non gerarchicamente dipendente dal Direttore di Dipartimento/Distretto/Staff, il parere in calce dovrà essere firmato, a seconda dei casi, dal:

- Direttore Generale, o suo delegato, per il Direttore del SATeR, il Direttore dello Staff Aziendale, i Direttori di Distretto
- Direttore Amministrativo, o suo delegato, per i Direttori dei Dipartimenti Amministrativo e Tecnico Patrimoniale
- Direttore Sanitario, o suo delegato, per i Direttori di Dipartimento ospedaliero, il Direttore del Dipartimento Cure Primarie, il Direttore del Dipartimento Attività Socio Sanitarie, il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, il Direttore del Dipartimento Farmaceutico, i Responsabili esclusivamente di Programma.