



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

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

Servizio Unico Metropolitan  
Amministrazione del Personale

**MODULO PER COMUNICAZIONE  
COMPENSI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI**

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

QUALIFICA (dirigente/non dirigente)

IMPORTO PREVISTO LORDO EURO

TIPO DI INCARICO

PUBBLICO

PRIVATO

INCARICO

CODICE FISCALE DEL CONFERENTE

DENOMINAZIONE  
DEL CONFERENTE

DATA DI AUTORIZZAZIONE (GG.MM.AAAA)

DATA INIZIO  
(GG.MM.AAAA)

DATA FINE

(GG.MM.AAAA)

E' UN INCARICO PER DOVERE D'UFFICIO

NON E' UN INCARICO PER DOVERE D'UFFICIO

IMPORTO EROGATO LORDO EURO

PERCEPITO IL (GG.MM.AAAA)

SALDO

SI

NO

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

**NB: Tutte le informazioni richieste sono obbligatorie.  
Non verranno accettati moduli compilati in modo incompleto.**