



**Al Direttore Servizio Unico**  
**Metropolitano Amministrazione del Personale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_

**Comunica**

che svolgerà il/la seguente incarico/attività extraistituzionale (barrare l'opzione scelta):

- collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- partecipazione a convegni e seminari (specificare in quale veste: \_\_\_\_\_);
- incarico per il quale è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- incarico a titolo gratuito (specificare tipologia \_\_\_\_\_);
- attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica;
- incarico di consulente tecnico o perito assegnato dall'autorità giudiziaria;
- incarico che per espressa disposizione normativa non è soggetto ad autorizzazione (specificare tipologia \_\_\_\_\_);

che l'incarico sopra individuato sarà svolto a favore di (indicare nominativo/ragione sociale e indirizzo del soggetto che richiede la prestazione): \_\_\_\_\_

tempo richiesto: \_\_\_\_\_

periodo di svolgimento: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

eventuale compenso previsto: \_\_\_\_\_

**come da lettera d'incarico che si allega.**

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 USL;
- lo svolgimento dell'incarico non pregiudicherà il puntuale assolvimento dei compiti d'ufficio.

data \_\_\_\_\_ firma del dipendente \_\_\_\_\_

Visto per conferma del Direttore UOC/Responsabile DATeR di afferenza (la non conferma deve essere motivata) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_