



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

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

**Staff Direzione Aziendale
UO Libera Professione**

**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

PERCEPTO IL (GG.MM.AAAA)

SALDO SI

NO

DATA _____

firma

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