



**COMUNICAZIONE DI SVOLGIMENTO INCARICHI
EXTRAISTITUZIONALI NON SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE**

Staff Direzione Aziendale
U.O. Libera Professione
Mod. 019 bis

Al Direttore dell'U.O. Libera Professione
c/o Ospedale Maggiore
Largo Nigrisoli, 2 Bologna

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 _____