

Staff della Direzione Aziendale

UO Libera Professione (SC)

**Al Direttore UO
Libera Professione
SEDE**

Mod. 019 ter

**COMUNICAZIONE / RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI
EXTRAISTITUZIONALI RETRIBUITI IN AMBITO SPORTIVO, AI SENSI DELL'ART. 53 DEL DECRETO LEGISLATIVO N.
165/2001 E DELL'ART. 25 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 36/2021**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Prov. _____
via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
cellulare _____ in servizio presso _____
in qualità di _____

Comunica / Chiede l'autorizzazione per

lo svolgimento del seguente incarico extraistituzionale in ambito sportivo:

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

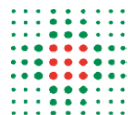
tempo richiesto (indicare il numero di ore complessivo):

periodo di svolgimento: dal _____ al _____

compenso previsto (ai sensi del D.L. 71/2024, fino alla soglia di euro 5.000 annui, è sufficiente la Comunicazione preventiva
alla Pubblica Amministrazione di appartenenza):

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



Staff della Direzione Aziendale

UO Libera Professione (SC)

- di aver letto e compreso il Regolamento in materia di rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali in ambito sportivo per il personale dipendente adottato dall'Azienda USL e si impegna a rispettarlo in ogni sua parte.

Data _____ Firma del dipendente: _____

Visto per conferma del Direttore di U.O.C./Referente D.A.Te.R.

Firma e Timbro _____

(la non conferma deve essere motivata)

SOLO PER AUTORIZZAZIONI 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 e Timbro 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 DATeR, il Coordinatore 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.