Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

REGIONE DEL VENETO

MODULO 1 **Al Direttore Generale Istituto Oncologico Veneto IRCCS**

Oggetto: Richiesta di autorizzazione a svolgere attività extraistituzionale

Il sottoscritto…… matr. |__|__|__|__|__| codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in servizio presso la Struttura …… tel. ……..

con la qualifica di ……

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere la seguente attività non compresa nei compiti e doveri d'ufficio:

tipologia di attività:……..

su incarico di ……

soggetto pubblico soggetto privato

C.F. / P.I. (di chi conferisce l'incarico) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel.……

nel periodo: dal……al…….. per un totale di ore ……..

e per un compenso lordo previsto di € ……sede di svolgimento attività ……

consapevole di essere penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR n. 445/2000)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/200, che:

- trattasi di attività saltuaria ed occasionale che verrà svolta al di fuori dell'orario di servizio, senza l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature di codesto Istituto
- verrà assicurato il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- trattasi di attività che non configura conflitto d'interessi con l'Istituto ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs 165/2001 e ss.mm.ii.;
- l'attività sopra indicata, sommata alle prestazioni relative ad altri incarichi extraistituzionali già autorizzati e/o comunicati, non comporta un impegno orario complessivo superiore a 200 ore nel corso del presente anno solare e compensi superiori al 40% del trattamento economico annuo lordo.

Allega alla presente copia della lettera di conferimento dell'incarico

Data, …… Il Richiedente ……

Parere del Responsabile della Struttura *

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa. …… In qualità di Direttore della Struttura…… preso atto della predetta richiesta, **attesta** che l'incarico sopra descritto, in ragione della continuità o della gravosità dell'impegno necessario all'espletamento dello stesso:

☐ non è incompatibile con gli impegni istituzionali del dipendente interessato

☐ è incompatibile con gli impegni istituzionali del dipendente interessato.

Data, …… _____ (Timbro e firma)

* Nel caso in cui la richiesta di autorizzazione riguardi un dirigente responsabile di Struttura Complessa, il parere deve essere espresso dal Direttore del Dipartimento; se il richiedente è Direttore di Dipartimento il parere verrà espresso dal Direttore di Area.

Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S. Piazza Antenore, 3 PADOVA - U.O.C. Risorse Umane - tel. 049/821-5522-5717-5648
e-mail: risorse.umane@iov.veneto.it