

- di: avere aperto P. IVA non avere aperto P.IVA;
- di essere consapevole che il mancato rispetto dei limiti in materia di orario di lavoro e/o il mancato rilascio della dichiarazione a ciò finalizzata, nonché il rifiuto senza giustificato motivo dell'effettuazione dell'orario aggiuntivo richiesto dallo IOV IRCCS per il recupero delle liste d'attesa sono fra le cause di sospensione e/o revoca dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività professionale oggetto della presente richiesta;
- di conformare il proprio comportamento ai principi di correttezza, lealtà e buona fede e di osservare quanto prescritto nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici;
- che l'attività professionale oggetto della presente autorizzazione non si pone in contrasto con i principi di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione ex art. 97 Costituzione (assenza di conflitto di interessi) e si impegna a comunicare tempestivamente al Direttore/Responsabile di U.O. e alla UOC Gestione Risorse Umane ogni variazione nella predetta attività che violi i predetti principi e generi conflitto di interessi con lo IOV-IRCCS;
- che l'attività autorizzabile è compatibile con le eventuali prescrizioni/limitazioni di idoneità alla mansione specifica svolta presso lo IOV IRCCS.

Allega alla presente copia della lettera di conferimento dell'incarico contenente il totale delle ore settimanali e l'articolazione oraria delle stesse con indicazioni delle giornate di svolgimento e il compenso

Data	Firma del richiedente.....
------------	----------------------------

**ATTESTAZIONE DEL DIRETTORE DI UOC/RESPONSABILE UOSD/ RESPONSABILE UOS
(IN CASO DI ASSEGNAZIONE AD AREA OMOGENEA- ATTESTAZIONE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO)**

Il/La sottoscritto/a.....Direttore/Responsabile.....

Non Risulta Risulta che l'attività arreca pregiudizio allo smaltimento delle liste d'attesa;

Esprime parere:

FAVOREVOLE per cui mi impegno a vigilare sul corretto svolgimento delle mansioni affidate al dipendente e sull'efficienza dello stesso durante l'orario di lavoro.

NON FAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

.....
.....
.....

Data	Timbro e firma.....
------------	---------------------

**ATTESTAZIONE DEL TITOLARE DI INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA-
(IN CASO DI ASSENZA DEL TITOLARE DI INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA: ATTESTAZIONE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO)**

Il/La sottoscritto/a.....

Verificato che l'attività per cui il dipendente chiede di essere autorizzato:

Risultano Non risultano rispettati i limiti in materia di orario di lavoro

Esprime parere:

FAVOREVOLE per cui mi impegno a vigilare sul corretto svolgimento delle mansioni affidate al dipendente e sull'efficienza dello stesso durante l'orario di lavoro.

NON FAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

.....
.....
.....

Data	Timbro e firma.....
------------	---------------------

La compilazione della parte sottostante è da compilarsi a cura degli Uffici competenti

VERIFICHE RELATIVE ALL'ACCERTAMENTO DELLA PRESENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI

UOC/UOSD/UOS/Servizio [specificare la denominazione]	Esito: <input type="checkbox"/> Positivo (si allega documentazione) <input type="checkbox"/> Negativo
Note:	

ATTESTAZIONE RELATIVA AL CONFLITTO DI INTERESSI
RESPONSABILE UOSD PROFESSIONI SANITARIE

Il/La sottoscritto/a Dirigente Responsabile della UOSD Professioni Sanitarie

Viste le attestazioni che precedono, si ritiene che l'attività svolta:

<input type="checkbox"/> Non presenta conflitto di interessi	<input type="checkbox"/> Si autorizza lo svolgimento dell'attività
<input type="checkbox"/> Presenta conflitto di interessi	<input type="checkbox"/> Non si autorizza lo svolgimento dell'attività

Per le seguenti motivazioni

.....
.....
.....

Data	Timbro e firma.....
------------	---------------------