

## Modello di richiesta Autorizzazioni

Al' U.O.C. AA.GG. Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane

ASP di Enna

**OGGETTO** : Richiesta di autorizzazione per conferimento incarico retribuito – art.53 del D.L.gs 165/01.

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, in servizio presso questa Azienda in qualità di  
(qualifica) \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

consapevole di quanto previsto, in materia di compatibilità con il regime di impiego, a tempo pieno, dalla normativa vigente

### CHIEDE

di essere autorizzato/a a svolgere l'incarico retribuito esterno proposto da ( nome ed indirizzo dell'Ente o soggetto che conferisce l'incarico specificando se Ente Pubblico o privato) \_\_\_\_\_

–  
**Codice Fiscale** Ente/soggetto conferente(obbligatorio) \_\_\_\_\_

### A tal fine dichiara che:

- l'incarico proposto ha per **oggetto la seguente attività**(allegare ogni documentazione ritenuta utile ) \_\_\_\_\_
- che verrà svolta per un periodo **dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_, con un impegno previsto di **n.ore** \_\_\_\_\_ articolate su n. \_\_\_\_\_ giornate lavorative;
- l'incarico rientra nei compiti e/o doveri d'ufficio **SI** **NO**
- **l'importo**(eventualmente presunto) del compenso è di € \_\_\_\_\_

- tale incarico : ha natura occasionale ha natura non occasionale, e non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale.
- Dichiaro altresì che :
  1. non ha in corso di svolgimento altri incarichi
  2. ha in corso di svolgimento i seguenti incarichi :

(denominazione conferente)\_\_\_\_\_C.F./IVA)\_\_\_\_\_

data di autorizzazione Azienda/Ente di appartenenza\_\_\_\_\_ (allegare copia)

**Sarà cura dell'interessato far pervenire all'Azienda di appartenenza la scheda di attestazione dei compensi percepiti compilati in ogni sua parte.**

**INFORMATIVA** ai sensi del D.L.gs 196/2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'ASP di Enna, titolare del trattamento.All'interessato competono i diritti di cui al D.L.gs 196/03.

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

**VISTO della U.O. di appartenenza  
timbro e firma**

**Si esprime parere favorevole Data\_\_\_\_\_Timbro e Firma\_\_\_\_\_**

Avvertenze:

1. il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace(art.76 DPR/2000,n.445).
2. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR/2000 n.445)
3. si allega, fotocopia do documento di riconoscimento, in corso di validità