

- AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA
OSPEDALIERA "S.Maria" di TERNI

e,p.c. - ALLA DIREZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE
DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO
SEDE

Il sottoscritto dipendente di questa Azienda :

cognome	nome	Luogo di nascita	data	Codice fiscale

In servizio presso _____ in qualità di _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 53 del D.Lg.vo n.165/01 e s.m.i., come da ultimo modificato dalla Legge n.190 del 6.11.2012, che svolgerà l'incarico extraistituzionale sotto specificato :

Denominazione e sede del soggetto Conferente : pubblico <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale/partita IVA del soggetto conferente: _____	
- per soggetto estero il codice fiscale riconosciuto in Italia : _____	
Tipologia e Oggetto dell'incarico : _____	
Incarico aTitolo gratuito <input type="checkbox"/>	pari ad € _____
Compenso lordo previsto <input type="checkbox"/>	
Compenso non previsto <input type="checkbox"/>	
Data inizio incarico (gg/mese/anno) _____ (precisare le giornate e le articolazioni orarie)	Data fine incarico (gg/mese/anno) _____
Luogo dell'incarico :	

a tale scopo, dichiara che l'incarico :

- verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, non comporterà alcuna interferenza con l'attività lavorativa ordinaria e verrà svolta senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda
- non sussistono motivi di incompatibilità e situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività della Azienda Ospedaliera di Terni
- non sussistono attribuzioni specifiche (svolgimento di attività della stessa natura, anche in base a rapporto convenzionale, partecipazioni a commissioni) che determinano rapporti con il soggetto che conferisce l'incarico extraistituzionale.

Allega la documentazione relativa all'incarico di cui sopra e porge distinti saluti.

firma _____

Data _____

Parere del Direttore Struttura Complessa o del Direttore Dipartimento o del Direttore Amm.vo o Direttore Sanitario
del Direttore Struttura Amministrativa o Tecnica o Professionale Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie

Attestante la mancanza di incompatibilità e insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi circa l'attività extraistituzionale di cui alla presente richiesta con l'attività svolta dal dipendente : FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

per i seguenti motivi: _____

firma _____

Data _____

Il parere deve essere espresso dai:

- Direttore Struttura Complessa per la Dirigenza della struttura
- Direttore Dipartimento per i Direttori di Struttura complessa
- Direttore Amministrativo o Sanitario per i Direttori di Dipartimenti Tecnici, Amministrativi e Sanitari
- Direttore Strutture Amministrative, Tecniche e Professionale per il personale afferente alla struttura
- Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie per il restante personale del comparto

(*) Istanza da consegnare in busta chiusa all'Ufficio Protocollo dell'Azienda



**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

**Alla Direzione Amministrazione del
Personale Dipendente e Convenzionato
Att.ne Dott.ssa Raffaella Ranchetti
Tel.2747-2004
e-mail: r.ranchetti@aosp terni.it**

RIEPILOGO DATI¹
ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI INCARICHI DIPENDENTI

(N.B. Il presente stampato, compilato in ogni sua parte, deve essere consegnato all'Ufficio Protocollo all'erogazione da parte del soggetto conferente dei compensi previsti)

- **DIPENDENTE: COGNOME.....**
NOME.....
- **DENOMINAZIONE ENTE/SOCIETA'**
.....
- **PROTOCOLLO E DATA DI AUTORIZZAZIONE:**
- **COMPENSO LORDO PREVISTO: €**
- **COMPENSO NON PREVISTO**
- **TITOLO GRATUITO**
- **DATA INIZIO INCARICO:**
- **DATA FINE INCARICO:**
- **IMPORTO LORDO EROGATO**
ANNO **€**
 - **acconto**
 - **saldo**

Data

(firma del dipendente)

¹ Modello EROGAZIONE COMPENSI anno 2013 aggiornato ai sensi della L.190/2012

- AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA
OSPEDALIERA "S.Maria" di TERNI
e,p.c. - ALLA DIREZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE
DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO
SEDE

il sottoscritto dipendente di questa Azienda :

cognome	nome	Luogo di nascita	data	Codice fiscale

In servizio presso _____ in qualità di _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

ai sensi dell'art. 53 del D.Lg.vo n.165/01 e s.m.l., come da ultimo modificato dalla Legge n.190 del 6.11.2012, a svolgere l'incarico extraistituzionale sotto specificato :

Denominazione e sede del soggetto Conferente : pubblico <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale/partita IVA del soggetto conferente italiano: _____ - per soggetto estero il codice fiscale riconosciuto in Italia : _____	
Tipologia e Oggetto dell'incarico : _____	
Incarico aTitolo gratuito <input type="checkbox"/>	pari ad € _____
Compenso lordo previsto <input type="checkbox"/>	
Compenso non previsto <input type="checkbox"/>	
Data inizio incarico (gg/mese/anno) _____ (precisare le giornate e le articolazioni orarie)	Data fine incarico (gg/mese/anno) _____
Luogo dell'incarico :	

a tale scopo, dichiara che l'incarico :

- verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, non comporterà alcuna interferenza con l'attività lavorativa ordinaria e verrà svolta senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda
- non sussistono motivi di incompatibilità e situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività della Azienda Ospedaliera di Terni
- non sussistono attribuzioni specifiche (svolgimento di attività della stessa natura, anche in base a rapporto convenzionale, partecipazioni a commissioni) che determinano rapporti con il soggetto che conferisce l'incarico extraistituzionale.
- Allega la documentazione relativa all'incarico di cui sopra e porge distinti saluti.

firma

Data _____

Parere del Direttore Struttura Complessa <input type="checkbox"/> o del Direttore Dipartimento <input type="checkbox"/> o del Direttore Amm.vo <input type="checkbox"/> o Direttore Sanitario <input type="checkbox"/>	
del Direttore Struttura Amministrativa o Tecnica o Professionale <input type="checkbox"/> Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie <input type="checkbox"/>	
Attestante la mancanza di incompatibilità e insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi circa l'attività extraistituzionale di cui alla presente richiesta con l'attività svolta dal dipendente :	
FAVOREVOLE	<input type="checkbox"/>
NON FAVOREVOLE	<input type="checkbox"/>
per i seguenti motivi: _____	

firma	
Data _____	

Il parere deve essere espresso dal:

- Direttore Struttura Complessa per la Dirigenza della struttura
- Direttore Dipartimento per i Direttori di Struttura complessa
- Direttore Amministrativo o Sanitario per i Direttori di Dipartimenti Tecnici, Amministrativi e Sanitari
- Direttore Strutture Amministrative, Tecniche e Professionali per il personale afferente alla struttura
- Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie per il restante personale del comparto

(*) Istanza da consegnare in busta chiusa all'Ufficio Protocollo dell'Azienda

- AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA
OSPEDALIERA "S.Maria" di TERNI
e,p.c. - ALLA DIREZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE
DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO
SEDE

La Ditta/ Amministrazione Pubblica / o altro (denominazione, indirizzo e codice fiscale)

CHIEDE

che il/la dipendente _____ In servizio presso _____ In qualità di _____ venga autorizzato, ai sensi dell'art. 53 del D.Lg.vo n.165/01 e s.m.i., come da ultimo modificato dalla Legge n.190 del 6.11.2012, a svolgere il seguente incarico (in caso di didattica specificare l'argomento della docenza): _____

per conto della Ditta/Ente/altro:

Denominazione e sede : pubblico <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/>	
Indirizzo _____	
Codice fiscale/partita IVA del soggetto conferente: _____	
se estero Il codice fiscale riconosciuto in Italia : _____	
incarico aTitolo gratuito <input type="checkbox"/>	pari ad € _____
Compenso lordo previsto <input type="checkbox"/>	
Compenso non previsto <input type="checkbox"/>	
Data inizio incarico (gg/mese/anno) _____ (precisare le giornate e le articolazioni orarie)	Data fine incarico (gg/mese/anno) _____
Luogo dell'incarico :	

a tale scopo, **DICHIARA** che l'incarico :

- verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, non comporterà alcuna interferenza con l'attività lavorativa ordinaria e verrà svolta senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda;
- non sussistono motivi di incompatibilità e situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività della Azienda Ospedaliera di Terni in ragione di eventuali cariche o incarichi ricoperti nell'ambito della sanità nazionale e/o comunitaria, ed impegnarsi a gestire adeguatamente l'eventuale situazione di conflitto potenziale che dovesse subentrare nel corso del presente incarico con i dovuti meccanismi di trasparenza e/o astensione;

Si impegna a comunicare a codesta Amministrazione il compenso erogato al dipendente, entro il termine di 15 giorni dall'effettuazione del versamento.

Data _____ firma _____

Parere del Direttore Struttura Complessa <input type="checkbox"/> o del Direttore Dipartimento <input type="checkbox"/> o del Direttore Amm.vo <input type="checkbox"/> o Direttore Sanitario <input type="checkbox"/>	
del Direttore Struttura Amministrativa o Tecnica o Professionale <input type="checkbox"/> Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie <input type="checkbox"/>	
Attestante la mancanza di incompatibilità e insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi circa l'attività extraistituzionale di cui alla presente richiesta con l'attività svolta dal dipendente : FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	
NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/>	
per i seguenti motivi: _____	
Data _____ firma _____	

Il parere deve essere espresso dal:

- Direttore Struttura Complessa per la Dirigenza della struttura
- Direttore Dipartimento per i Direttori di Struttura complessa
- Direttore Amministrativo o Sanitario per i Direttori di Dipartimenti Tecnici, Amministrativi e Sanitari
- Direttore Strutture Amministrative, Tecniche e Professionali per il personale afferente alla struttura
- Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie per il restante personale del comparto