



COMUNICAZIONE INCARICO OCCASIONALE EX ART. 53 – D.LGS. N. 165/2001 e ss.mm.ii

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
DI PARMA

Io sottoscritto/a _____ Matr. _____
Codice fiscale _____
dipendente di codesta Azienda in qualità di _____ c/o _____
indirizzo postale/pec al quale effettuare le successive comunicazioni
tel. Interno _____ cell. _____

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazlone o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto o dall'articolo 76 del DPR 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del DPR 445/2000)

COMUNICA

Che intende svolgere la seguente attività estranea al rapporto di lavoro:

CON LE SEGUENTI CARATTERISTICHE

OGGETTO DELL'INCARICO:

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO

DATA/E E LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

DURATA COMPLESSIVA (PREVISTA O PRESUNTA)

COMPENSO LORDO PRESUNTO/STABILITO

DENOMINAZIONE SOCIALE/NOMINATIVO DEL SOGGETTO COMMITTENTE

con sede a _____ Via _____

Partita IVA/Codice fiscale _____

DICHIARO ALTRESI'

- che l'incarico non rientra tra i compiti del servizio di assegnazione;
- che non sussistono motivi di incompatibilità e di conflitto di interessi anche potenziale con le attività, le finalità ed i compiti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- che l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
- che tale incarico verrà svolto senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, assicurando in ogni caso il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- di aver preso visione e di essere a conoscenza del vigente Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali, del vigente Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, del codice di comportamento aziendale e del Piano Triennale di prevenzione della corruzione pubblicati sulla intranet aziendale che mi impegno a rispettare;
- Nel caso di personale universitario, laddove trattasi di incarichi soggetti ad autorizzazione, di aver richiesto ed ottenuto l'autorizzazione da parte dell'Università degli Studi di Parma con provvedimento n. ____ del _____.

Si allega la seguente documentazione:

- 1) _____
- 2) _____

N.B. Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte

Parma, il _____

_____ (firma)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con sede in Parma, via Gramsci, 14 – in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal "Codice in materia di protezione dei dati personali" – d.lgs. 30.06.2003, n. 196, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale e fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di incaricati dell'Azienda opportunamente istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. Potranno conoscere i Suoi dati altri soggetti che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Azienda ed operano in qualità di Responsabili designati dall'Azienda stessa. I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati (altre Amministrazioni tra cui Azienda Sanitaria Locale, Ministero della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri). Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto a fornirli comporterà l'impossibilità di dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma La informa, infine, che è Sua facoltà esercitare, in ogni momento e con le modalità previste, i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. n. 196/2003. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si riserva di procedere, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000 e della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 13/2010, alle verifiche sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da Lei prodotte nel presente modulo e si ricorda che in caso di dichiarazioni non rispondenti al vero, l'Azienda procederà all'applicazione delle relative sanzioni disciplinari (previste fino al licenziamento) fatte salve le responsabilità penali (art. 76 D.P.R. 445 del 2000) e civili (risarcimento del danno patrimoniale e del danno d'immagine causato all'Azienda) oltre alla revoca del beneficio concesso.

Parma, il _____ Per presa visione (firma del richiedente) _____

Si ESPRIME NULLA OSTA, in quanto, allo stato, non si riscontrano conflitti di interesse, anche possibili, e le modalità indicate di svolgimento dell'attività occasionale sono compatibili con il corretto e puntuale assolvimento delle prestazioni lavorative istituzionali

NEGA NULLA OSTA, in quanto si riscontrano i seguenti conflitti di interesse, anche possibili :

- le modalità di svolgimento dell'attività occasionale sono incompatibili con il corretto e puntuale assolvimento delle prestazioni lavorative istituzionali o, poiché _____

Parma, il _____
Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento
(Solo per il personale del comparto dedicato
all'assistenza)

Il Direttore dell'Unità Operativa/Servizio/Servizio Assistenziale