

Al Direttore f.f.SC Amm.ne del Personale
Dott.ssa Maura NERVO

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' FUORI ORARIO DI LAVORO
(ESCLUSIVAMENTE PER IL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DEL COMPARTO SANITA')**

ai sensi dell'art. 13 del D.L. 34/2023 convertito con modificazioni dalla Legge n.56/2023

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato/a
a _____ il _____, residente in _____
via _____ n. _____, telefono: _____
mail: _____

dipendente dell'ASL CN2 in qualità di _____ in servizio presso la seguente
struttura _____ con tipologia di rapporto di lavoro a **tempo pieno**:

☐ indeterminato ☐ determinato

CHIEDE

L'autorizzazione a svolgere la sotto indicata attività:

o ad assumere il sotto indicato incarico:

compenso (se previsto) pari a € _____

A tal fine allega lettera di conferimento da: (indicare: denominazione, sede legale, C.F./P.IVA)

sede di svolgimento _____

data incarico dal _____ al _____

per un monte ore complessivo settimanale pari a _____

da svolgersi nei giorni _____

nei seguenti orari _____

In relazione all'attività/incarico sopraindicata/o il/la sottoscritto/a _____ sotto
la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di
falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici, di cui agli artt. 75-76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA:

- a. che l'attività/incarico verrà svolta/o, previa autorizzazione, al di fuori dell'impegno orario settimanale previsto, senza alcun pregiudizio al regolare, puntuale e tempestivo svolgimento dei compiti istituzionali, secondo l'organizzazione e la programmazione aziendale;
- b. di non trovarsi in debito orario con l'azienda;
- c. di impegnarsi in ogni caso ad assicurare il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento delle attività assegnate nell'ambito della struttura di appartenenza, nonché l'eventuale orario aggiuntivo richiesto per il recupero di prestazioni;
- d. di rispettare la normativa vigente in materia di orario di lavoro e di impegnarsi ad osservare i prescritti riposi e a conciliare autonomamente, in entrambe le attività, i tempi di lavoro e le pause;
- e. di avere/non avere P.Iva;
- f. di impegnarsi a comunicare periodicamente l'ammontare dei compensi percepiti e/o di comunicare all'eventuale soggetto terzo l'obbligo di rendere noto all'amministrazione di appartenenza del dipendente l'importo del compenso entro 15 giorni dall'erogazione;
- g. di osservare i principi di correttezza, lealtà e buona fede nei confronti dell'Azienda nonché le prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici;
- h. di essere consapevole che il mancato rispetto della normativa in materia di orario di lavoro e/o il mancato rilascio della dichiarazione a ciò finalizzata (come da modello allegato B al regolamento aziendale), nonché il rifiuto dell'effettuazione dell'eventuale orario aggiuntivo richiesto dall'Azienda per il recupero delle liste di attesa sono fra le cause di sospensione/revoca dell'autorizzazione in oggetto;
- i. di essere consapevole che l'attività potrà essere svolta fino e non oltre il 31/12/2025 (salvo proroghe di legge);
- j. di impegnarsi ad attestare periodicamente con cadenza trimestrale, attraverso apposita, dichiarazione consuntiva, il rispetto della normativa sull'orario di lavoro, rendicontando inoltre all'Azienda di appartenenza le giornate e gli orari delle prestazioni effettivamente svolte;
- k. che l'attività/incarico non verrà espletata/o durante periodi di assenza dal servizio per malattia e infortunio, maternità/paternità, congedo parentale, aspettativa, permesso retribuito, ferie, durante i periodi di riposo biologico e durante l'espletamento dei turni di pronta disponibilità;
- l. di essere consapevole che l'attività extra-istituzionale è da considerarsi secondaria rispetto all'attività lavorativa presso la propria Azienda, che deve essere svolta senza che venga arrecato pregiudizio sia all'attività ordinaria che ad eventuali esigenze eccezionali aziendali;
- m. di essere consapevole che l'incarico ~~verrà~~ dovrà essere svolto senza l'utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'ASL CN2;
- n. di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto alla SC Amministrazione del Personale, ogni eventuale variazione o cessazione di detta attività;
- o. di essere consapevole che l'autorizzazione in oggetto potrà essere revocata immediatamente qualora emergesse il mancato rispetto (totale o parziale) degli impegni assunti nei sopracitati punti e in caso di sopravvenuta insorgenza di conflitto di interessi.

Data _____

Firma _____

N.B. La richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni prima dell'inizio previsto dell'attività

PARERE OBBLIGATORIO DEL DIRETTORE SC Di.P.Sa.

VISTO quanto disposto dall'art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito con modificazioni dalla Legge n. 56/2023;
CONSIDERATO che, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività di cui al sopracitato articolo, nei limiti ivi previsti e sino al 31/12/2025 (salvo proroghe di legge), non si applicano le incompatibilità di cui all'art. 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e all'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;

Il sottoscritto Direttore della SC Di.P.Sa.

RILEVATO che l'incarico/attività fuori orario che il/la dipendente intende svolgere:

- è da considerarsi secondario rispetto all'attività lavorativa presso la propria Azienda;
- non interferisce con l'attività istituzionale e/o non reca pregiudizio al regolare espletamento dei compiti di servizio;
- non pregiudica l'obiettivo aziendale dello smaltimento delle liste di attesa

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

(data)_____ (timbro e firma)_____

OVVERO

RILEVATO che l'incarico/attività fuori orario di lavoro che il/la dipendente intende svolgere:

☐ non è da considerarsi secondario rispetto all'attività lavorativa presso la propria azienda in quanto:

☐ interferisce con l'attività istituzionale e/o reca pregiudizio al regolare espletamento dei compiti di servizio in quanto:

☐ pregiudica l'obiettivo aziendale dello smaltimento delle liste di attesa in quanto:

ESPRIME PARERE CONTRARIO

(data)_____ (timbro e firma)_____

AUTORIZZAZIONE A CURA DEL DIRETTORE SC AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

VISTO quanto disposto dall'art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito con modificazioni dalla Legge n. 56/2023;
CONSIDERATO che, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività di cui al sopracitato articolo, nei limiti ivi previsti e sino al 31/12/2025 (salvo proroghe di legge), non si applicano le incompatibilità di cui all'art. 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e all'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;

VISTA la richiesta di autorizzazione allo svolgimento, fuori dall'orario di lavoro, dell'attività formulata dal/dalla dipendente;

VISTO il parere espresso dal Direttore SC Di.P.Sa.

RITENUTO che nulla osti alla concessione dell'autorizzazione in oggetto:

AUTORIZZA

Il/La dipendente _____
allo svolgimento dell'attività sopradescritta.

Alba, li _____

Il Direttore f.f. SC Amm.ne del Personale
(Dott.ssa Maura NERVO)

OVVERO

PRESO ATTO del parere contrario espresso dal Direttore SC Di.P.Sa., e in particolare

NON AUTORIZZA

Il/La dipendente _____
allo svolgimento dell'attività sopradescritta.

Alba, li _____

Il Direttore f.f. SC Amm.ne del Personale
(Dott.ssa Maura NERVO)