

	SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE 0173594883 0173595419	Codice procedimento: 63/PERS
		Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
		Codice titolario: I.3.02.02

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attività-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Personale

- Direttore F. F. S.C. Amm.ne del Personale
Dott.ssa Maura NERVO
- SEDE

Procedura di autorizzazione per lo svolgimento di attività a carattere occasionale e non continuativo

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____, in servizio in qualità di _____
presso _____

a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro a ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale al _____%

☐ orario ridotto, invia la documentazione necessaria al fine di perfezionare, nel rispetto del Regolamento Aziendale vigente, approvato con deliberazione n. 574 del 03/10/2025 in materia di attività extra-istituzionale da parte del personale dipendente, la procedura di autorizzazione ad effettuare la seguente prestazione a carattere occasionale e non continuativo (descrizione dell'attività):

a favore di: _____

(indicare Committente – soggetto che conferisce l'incarico)

che provvederà a comunicare tutti i dati necessari, ai sensi dell'art. 53, comma 11, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche e integrazioni.

♦ Natura del soggetto conferente: Ente ☐ Pubblico ☐ Privato
♦ Cod. Fiscale\Partita Iva _____
♦ Indirizzo _____
♦ Periodo (specificare l'anno o la data precisa o dal-al): _____
♦ Compenso previsto/gratuito (indicare se a conoscenza) _____

Il sottoscritto _____

in relazione all'incarico sopraindicato, 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:

- che trattasi di attività saltuaria ed occasionale che verrà svolta al di fuori dell'orario di servizio, senza l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature di proprietà dell'Azienda o comunque attività autorizzata ai sensi del presente Regolamento;
- che non sussistono motivi di incompatibilità, né di fatto né di diritto o di potenziale conflitto di interessi ai sensi degli artt. 3,4 del Regolamento vigente approvato con deliberazione n. 574 del 03/10/2025;
- che verrà assicurato in ogni caso il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dell'attività istituzionale;
- di essere consapevole che l'attività di lavoro occasionale si contraddistingue per il carattere non continuativo della prestazione e per la mancanza del vincolo di subordinazione nell'erogazione della stessa, nonché delle responsabilità connesse al rispetto della normativa sull'organizzazione dell'orario di lavoro di cui al Decreto Legislativo 8 aprile n. 66/2003 e s.m.i. e ai vigenti CC.CC.NN.LL.

Si specifica che l'entità del compenso annuo percepito dai dipendenti per gli incarichi extra-istituzionali, intesa nel complesso degli incarichi svolti annualmente, non può superare la somma di € 20.000,00 annui lordi per il personale dirigenziale e di € 8.000,00 annui lordi per il personale del comparto.

Il sottoscritto è altresì tenuto, in caso di superamento del limite di € 5.000 lordi annui (esclusi eventuali rimborsi spese documentati), all'iscrizione alla gestione separata INPS in base alla normativa vigente, comunicandolo preventivamente al committente.

_____ *Data*

_____ *Firma del dipendente*

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE/DIRETTORE DEL SERVIZIO DI APPARTENENZA (O DIRETTORE DI DIPARTIMENTO O DIRETTORE AMMINISTRATIVO O SANITARIO A SECONDA DEL RICHIEDENTE):

Vista la richiesta di autorizzazione del dipendente, **ricevuta il** _____

Atteso che l'impegno richiesto ☐ **RISULTA** - ☐ **NON RISULTA** conciliabile con l'attività assistenziale e gli impegni istituzionali del richiedente

☐ **SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE** alla suddetta prestazione

☐ **SI ESPRIME PARERE NON FAVOREVOLE** alla suddetta prestazione (*specificare motivazione*)

Nome e qualifica del Responsabile/Direttore _____

Data _____ Timbro e Firma _____

DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE SC AMM.NE DEL PERSONALE:

Visto il Regolamento aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali, vista la richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarico extra-istituzionale formulata dal dipendente e visto il parere espresso dal Responsabile/Direttore,

☐ **SI AUTORIZZA** la suddetta prestazione

☐ **NON SI AUTORIZZA** la suddetta prestazione (*specificare motivazione*)

Nome e qualifica del Direttore _____

Data _____ Timbro e Firma _____

IMPORTANTE:

- **Consegnare il modulo compilato in ogni sua parte al Responsabile/Direttore del Servizio di appartenenza, almeno 30 giorni prima dell'inizio previsto dell'attività, con allegata richiesta del Committente;**
- **Conservare una copia del modulo autorizzato, per inviarla al Committente.**