



**SERVIZIO AMMINISTRAZIONE
DEL PERSONALE**
Settore Economico
0173/316.067- 520
stipendi@aslcn2.it

Codice procedimento: 63/PERS
Termine per provvedere: 90 gg dalla richiesta

Codice titolario: I.3.02.02

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

- Egregia Dott.ssa Maura NERVO
Direttore F.F. S.C. Amm.ne del Personale
- 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 _____ %
invia la documentazione necessaria al fine di perfezionare, nel rispetto del Regolamento Aziendale approvato
con Det. Direttoriale n. 744 del 18/06/2014, 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 è 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 consapevole 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.

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

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE: Vista la richiesta del dipendente,

SI AUTORIZZA la suddetta prestazione e si dichiara che non sussistono motivi di incompatibilità allo svolgimento
dell'incarico, che l'attività richiesta rientra nelle fattispecie previste dall'art. 53 D.Lgs.165/01 e s.m.i., disciplinata
inoltre dal Regolamento Aziendale adottato con Determinazione n. 744 del 18/06/2014;

NON SI AUTORIZZA la suddetta prestazione (specificare motivazione) _____

Nome e qualifica del Responsabile _____

Data _____ Timbro e Firma del Responsabile _____

IMPORTANTE:

- ▶ **Consegnare il modulo compilato in ogni sua parte all'Ufficio Protocollo - ASLCN2 , almeno 30 giorni prima dell'inizio previsto dell'attività, con allegata la richiesta del Committente;**
- ▶ **Conservare una copia del modulo compilato, per inviarla al Committente.**