

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale di Rieti

E, p.c. Al Dirigente
U.O.S.D. Affari Generali e Legali

Al Dirigente
U.O.C. Amm.ne del personale dipendente,
a convenzione e collaborazioni

Oggetto: Richiesta autorizzazione svolgimento attività extraistituzionale ex art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii..

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
codice fiscale _____, dipendente della ASL di Rieti
a tempo indeterminato/determinato, pieno/parziale al _____%, con qualifica di _____
in servizio presso la U.O.C./U.O.S.D./U.O.S. _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a svolgere, fuori orario di servizio, la seguente attività extraistituzionale:

Denominazione soggetto conferente _____

Indirizzo conferente _____

C.F./P.IVA conferente _____

Tipologia attività _____

Luogo di effettuazione dell'attività _____

Impegno orario _____

Compenso previsto/convenuto € _____

Si dichiara che non sussiste alcuna causa di incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'Azienda.

Si dichiara che non saranno utilizzati mezzi, beni e attrezzature dell'Azienda.

Si allega alla presente copia della comunicazione di conferimento attività extraistituzionale.

Il/la sottoscritto/a si impegna a produrre autocertificazione o idonea documentazione da cui sia possibile desumere l'effettivo svolgimento dell'attività.

Il/La Sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti che verrà effettuato dalla ASL di Rieti quale titolare del trattamento e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di gestione della presente richiesta. I diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it.

Luogo e data _____

FIRMA

In caso di parere favorevole indicare eventualmente se esistano condizioni allo svolgimento dell'attività. Con l'espressione del parere favorevole il Dirigente/Responsabile della struttura di appartenenza attesta l'avvenuta verifica circa la insussistenza di situazioni di incompatibilità o di situazioni, anche ponderali, di conflitto di interessi.
In caso di parere non favorevole indicare la motivazione.

PARERE RESPONSABILE FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE

Data _____

Firma e Timbro
Dirigente/Responsabile struttura di appartenenza

La presente richiesta, dall'istruttoria effettuata, risulta autorizzabile ai sensi dell'art. 5 del vigente "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali ex art.53 D.Lgs. 165/2001".

Il Dirigente
U.O.S.D. Affari Generali e Legali
Dott. Roberto Longari