



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
RIETI

ALL. C



REGIONE  
LAZIO

E, p.c.

Al	Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale di Rieti
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](mailto: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 Responsabile  
UOSD Affari Generali e Legali