

All'ASST PAPA GIOVANNI XXIII
SC Gestione e sviluppo delle risorse umane
Piazza Oms, 1 - 24127 Bergamo

Email: protocollo@asst-pg23.it
PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
PER INCARICO EXTRAISTITUZIONALE
(art.53 D.Lgs. n.165/2001)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

dipendente di questa Azienda in qualità di _____ matricola n. _____

rapporto esclusivo rapporto non esclusivo

tempo pieno part-time % al _____

in servizio c/o la Struttura Organizzativa _____

e mail (per ogni comunicazione) _____

cell. _____ tel. _____

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico occasionale, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda

incarico di _____

(allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico di cui trattasi)

RETRIBUITO

GRATUITO

SOLO RIMBORSO SPESE

- luogo e sede evento _____

- periodo dell'incarico dal _____ al _____

- totale numero ore _____ articolate su numero _____ giorni lavorativi _____

- compenso (*anche presunto*) di € _____

▪ che il Soggetto conferente è:

denominazione _____

C.F./P.IVA _____

sede legale _____

natura giuridica di diritto pubblico

di diritto privato

e mail (per ogni comunicazione) _____

Data,

Firma del Dipendente _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di aver preso visione del vigente regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi extraistituzionali e della normativa in esso richiamata.

- a) che l'attività oggetto dell'incarico relativo alla richiesta di cui sopra:
 - ha carattere temporaneo ed occasionale;
 - non rientra tra i compiti del servizio di assegnazione;
 - non arrecherà pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività istituzionale e che avverrà al di fuori dell'orario di lavoro senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;
 - non compromette il decoro e il prestigio dell'Azienda e non ne danneggia l'immagine;
 - non realizza interessi privati ulteriori (propri, di parenti, conviventi, amici, associazioni alle quali appartiene, categorie di professionisti, etc.) che possono essere percepiti come prevalenti e/o influenti.
- b) di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati⁽¹⁾ che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- c) che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- d) di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno dell'ASST e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;
- e) di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interessi, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di che trattasi;
- f) di non essere stato incaricato dallo stesso committente per attività di medesima natura, per più di 3 volte nell'arco dell'anno solare;
- g) di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento e degli adempimenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data,

Firma del Dipendente _____

⁽¹⁾Perché sussista conflitto d'interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto d'interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipante di quote d'impresе, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore d'interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari – effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza – non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto d'interesse.

PARERE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA di afferenza
(da acquisire a cura del dipendente prima dell'inoltro alla SC Gestione e sviluppo delle risorse umane)

Il Direttore/Responsabile, sulla base di quanto dichiarato dal dipendente interessato, valutata la documentazione e le attività/funzioni al medesimo attribuite

ATTESTA CHE

NON SUSSISTE INCOMPATIBILITA'

SUSSISTE _____

(indicare motivazione specifica)

NON SUSSISTE CONFLITTO D'INTERESSE (attuale, potenziale, apparente, diretto, indiretto)

SUSSISTE _____

(indicare motivazione specifica)

ESPRIME PARERE

FAVOREVOLE

NEGATIVO _____

(indicare motivazione specifica)

Data _____

Il Direttore/Responsabile (timbro e firma) _____

VERIFICA DA PARTE DELLA SC GESTIONE ACQUISTI SE IL RICHIEDENTE HA INTRATTENUTO O AVUTO RUOLI NELLE PROCEDURE NEGOZIALI CON IL FORNITORE/COMMITTENTE NELL'ULTIMO BIENNIO

NON HA AVUTO RUOLI NELLE PROCEDURE NEGOZIALI

HA AVUTO RUOLI NELLE PROCEDURE NEGOZIALI

(indicare tipologia di ruolo)

Data _____

Il Direttore (timbro e firma) _____

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO/SANITARIO/SOCIOSANITARIO

Il Direttore _____ vista la dichiarazione del dipendente interessato, il parere espresso dal Direttore/Responsabile e la documentazione allegata

ESPRIME

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO _____

(indicare motivazione specifica)

Data _____

Il Direttore (timbro e firma) _____

Visto Direttore SC G.S.R.U.

Dr.ssa Angela Colicchio

Data _____

IL DIRETTORE GENERALE

**SULLA BASE DI QUANTO DICHIARATO DAL DIPENDENTE, DEI PARERI DEI DIRETTORI
COMPETENTI E DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

AUTORIZZA allo svolgimento dell'incarico

NON AUTORIZZA con conseguente diniego allo svolgimento dell'incarico in quanto:

(motivazione del diniego)

Bergamo,

Il Direttore Generale
Dr.ssa Maria Beatrice Stasi

Autorizzazione Prot. n. _____

Data protocollo _____