

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<sup>(1)</sup> 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 \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>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  
Dott. Francesco Locati

*Autorizzazione Prot. n.* \_\_\_\_\_

*Data protocollo* \_\_\_\_\_