

Mod. 2

Al Direttore  
U.O.C. Risorse Umane  
SEDE

da far pervenire almeno 30 gg precedenti l'evento

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione per espletamento di Consulenza Tecnica di Parte (CTP)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in servizio presso questa Azienda in qualità di (qualifica) \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto previsto in materia di compatibilità con il regime d'impiego dalla normativa vigente

### CHIEDO

di essere autorizzato/a a svolgere l'incarico di **CTP**, avente natura occasionale, proposto da: \_\_\_\_\_ (nome ente o soggetto che conferisce l'incarico specificando se ente pubblico o privato), come da richiesta in allegato **(deve essere obbligatoriamente allegata la richiesta del soggetto conferente)**

Codice fiscale/ P.IVA Ente/Soggetto conferente \_\_\_\_\_

**e-mail di contatto del conferente** \_\_\_\_\_

il numero di iscrizione a ruolo del procedimento. \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara che:

L'incarico proposto ha per oggetto la seguente prestazione consulenza tecnica di parte \_\_\_\_\_ (interdizione, inabilitazione, civile, penale)

Verrà svolta per un periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Con un impegno previsto di n. ore \_\_\_\_\_ articolate su n. \_\_\_\_\_ giornate lavorative;

L'importo (eventualmente presunto) del compenso lordo è di €. \_\_\_\_\_;

Sono/ Non sono a carico del soggetto esterno richiedente:

Spese di viaggio, vitto e alloggio



Dichiara altresì che l'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale e che :

non ha in corso lo svolgimento di altri incarichi

ha in corso lo svolgimento dei seguenti incarichi: (denominazione conferente e C.F.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(firma)

**Timbro e firma del diretto superiore gerarchico**

(Direttore Dipartimento/Direttore Unità Operativa/Unità Funzionale \*)

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(firma)

**SI AUTORIZZA**

**Timbro e firma Il Direttore U.O.C. Risorse Umane**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(firma)

(\*) La firma del Responsabile del Dipartimento/ Unità Operativa/Unità Funzionale, di appartenenza attesta la mancanza di conflitto di interessi tra la prestazione da espletare e le attività istituzionali svolte dal dipendente presso la struttura di assegnazione.

**Informativa :**

Ai sensi del D.Lgs.196/2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, titolare del trattamento.

All'interessato competono i diritti di cui al D. Lgs. 196/03.

**Avvertenze :**

- il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR28.12.2000, n. 445);
- il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 28.12.2000, n° 445)
- Si attesta che l'attività oggetto della presente richiesta non si configura come concorrenziale con l'attività propria dell'Azienda e che la richiesta non ha ad oggetto incarichi in favore di soggetti o Enti con i quali il dipendente interessato o la struttura operativa intrattiene rapporti istituzionali.In specie che:non sono in corso rapporti economici, personali o familiari con il Soggetto richiedente (o sue partecipate e/o controllate) quali consulenza, possesso di azioni, perizie retribuite, licenze, etc., tali da generare un potenziale conflitto di interesse;

**Il presente modulo, completo della documentazione da allegare, deve essere compilato in ogni sua parte e deve pervenire presso gli uffici competenti almeno 30 giorni prima della data di inizio dello svolgimento dell'incarico .**

**Non saranno prese in considerazione le richieste di autorizzazioni compilate parzialmente.**