



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

ISTRUZIONI OPERATIVE

- 1. Il modulo deve essere consegnato almeno **30 gg. prima** della data prevista di inizio incarico (**45gg. prima** per il personale comandato, in convenzione o che comunque svolge la propria attività presso altra amministrazione).*
- 2. Nel campo “Modalità di svolgimento dell’incarico” è necessario indicare ogni elemento utile all’Amministrazione (es. quantificazione dell’impegno temporale, indicazione della fascia oraria, numero di prestazioni che verranno svolte, etc.) al fine di desumere la natura dell’incarico (lavoro autonomo, occasionale ecc.), ed escludere, al tempo stesso, che si tratti di esercizio di attività di tipo commerciale, industriale o professionale. Allegare eventuale copia o bozza di contratto o altra documentazione utile a tale fine.*
- 3. La dichiarazione de Responsabile d’Ufficio deve essere correttamente compilata e sottoscritta.*
- 4. La richiesta deve essere inoltrata alla Divisione personale tecnico amministrativo, servizio sanitario e pensioni, Ufficio gestione risorse umane, relazioni sindacali e procedimenti disciplinari, anche via fax al n. 0577/232410, oppure all’indirizzo e-mail “ilaria.donati@unisi.it” (allegando il documento di identità fronte – retro e in corso di validità).*



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

MODELLO DI RICHIESTA PER L'ASSUNZIONE DI INCARICHI OCCASIONALI

**AL
DIRETTORE GENERALE
SEDE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____ QUALIFICA _____

SEDE DI SERVIZIO _____ COD. FISCALE _____

con riferimento all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, comunica che gli è stato proposto il conferimento del seguente incarico e chiede il rilascio dell'autorizzazione al suo svolgimento:

DENOMINAZIONE DEL SOGGETTO CONFERENTE _____

SEDE LEGALE O AMMINISTRATIVA (VIA-NUMERO CIVICO-CAP-CITTA') _____

_____ PEC _____

CODICE FISCALE DEL SOGGETTO CONFERENTE _____

DESCRIZIONE INCARICO AFFIDATO _____

DATA CONFERIMENTO INCARICO _____

DATA INIZIO INCARICO gg. _____ mm. _____ aa. _____

DATA FINE INCARICO gg. _____ mm. _____ aa. _____

- A TITOLO GRATUITO
 A TITOLO ONEROSO IMPORTO COMPENSO LORDO _____

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'INCARICO _____

Il /La sottoscritto/a si impegna a svolgere il suddetto incarico in modo occasionale e saltuario, compatibilmente ai propri compiti istituzionali e nel pieno rispetto dei seguenti principi del Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. e del D.P.R. n. 62 del 16/04/2013.

Il sottoscritto attesta che in relazione alla richiesta presentata non sussistono cause di incompatibilità di diritto e di fatto, o situazioni anche potenziali di conflitto di interessi con le attività svolte e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa all'incarico in questione.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi degli art. 43 e 46 del DPR 445 /2000, il non superamento del tetto retributivo di cui all'articolo 3, commi da 43 a 53, della legge del 24.12.2007 n. 244, a carico delle finanze pubbliche anche se per soggetti pagatori diversi, che è determinato in 293.685,95 euro annui lordi dal D.P.C.M. 23.03.2012 ed è consapevole che : "In caso di violazione, l'amministratore che abbia disposto il pagamento e il destinatario del medesimo sono tenuti al rimborso, a titolo di danno erariale, di una somma pari a dieci volte l'ammontare eccedente la cifra consentita."

Il sottoscritto è a conoscenza che :

- in qualità di dipendente pubblico, non può svolgere incarichi retribuiti o svolti a titolo gratuito che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza (art. 53, commi 7 e 12, D. Lgs. 165/2001);
- è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi o esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Cordiali saluti

Data _____

FIRMA _____

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Il sottoscritto/a _____,
responsabile del Dipartimento/Divisione/Ufficio _____
a cui afferisce il Sig. /Dott. _____

dichiara

sotto la propria responsabilità, che in relazione alla richiesta presentata non sussistono cause di incompatibilità di diritto e di fatto, o situazioni anche potenziali di conflitto d'interessi con le attività svolte, l'assenza di pregiudizio per lo svolgimento dei compiti loro assegnati o altre gravi ragioni di convenienza che impediscano il rilascio della autorizzazione.

Siena,

Firma del Responsabile

Da compilare solo in caso di personale convenzionato con l'AOUS

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DI ASSEGNAZIONE

Il sottoscritto/a _____,
responsabile della struttura ospedaliera di assegnazione _____
a cui afferisce il Sig. /Dott. _____

dichiara

sotto la propria responsabilità, che in relazione alla richiesta presentata non sussistono cause di incompatibilità di diritto e di fatto, o situazioni anche potenziali di conflitto d'interessi con le attività svolte, l'assenza di pregiudizio per lo svolgimento dei compiti loro assegnati o altre gravi ragioni di convenienza che impediscano il rilascio della autorizzazione.

Siena,

Firma del Responsabile
