All' UOC RISORSE UMANE
ASST DI PAVIA

Il sottoscritto/la sottoscritta ………

nato/nata …………………………………il…………………………residente a ………………………………………………in Via…………………………………………n. ………

dipendente di questa ASST, con inquadramento nella posizione funzionale/profilo professionale di ……

in servizio presso ……

DICHIARA

☐ Di non _svolgere alcuna attività extra istituzionale

☐ Di voler_svolgere la seguente attività extra istituzionale

☐ Che sta svolgendo la seguente attività extra istituzionale

(indicare il tipo di attività) ……………………………………………………………………………………………………

presso (indicare Ragione Sociale e indirizzo ……………………………………………………………………………………

……

con rapporto di lavoro ☐ SUBORDINATO ☐ AUTONOMO A far data dal ………………. E sino al …………………

Di essere ☐ Socio ☐ Amministratore ☐ Sindaco di Società o Cooperative ☐ Si ☐ No

Se si, quale: Denominazione……………………………Indirizzo………………………………………………

Di possedere quote o compartecipazioni in strutture sanitarie o imprese che svolgano attività in possibile conflitto di interessi con il S.S.N. ☐ Si ☐ No

Se si, quale: Denominazione ……………………………Indirizzo………………………………………………

Di essere titolare di Partita IVA ☐ Si ☐ No

Di essere iscritto al seguente Albo/Ordine professionale: ………………………………………………………………

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione del "Regolamento aziendale in materia di incompatibilità ed autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali", pubblicato sul sito web aziendale,
- che l'attività di cui alla presente comunicazione verrà svolta al di fuori dell'orario di lavoro settimanale contrattualmente dovuto e che detta attività non genera alcuna interferenza con i compiti di istituto affidati al sottoscritto/sottoscritta,
- che l'attività di cui alla presente dichiarazione non verrà svolta mediante utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature di proprietà di questa ASST,
- che l'esercizio dell'attività di cui alla presente dichiarazione non costituisce incompatibilità con il rapporto di pubblico impiego, né costituisce situazione, anche potenziale, di conflitto di interesse con l'attività istituzionale del sottoscritto/sottoscritta
- di impegnarsi a comunicare l'eventuale successivo inizio o variazione dell'attività lavorativa entro quindici giorni dalla data di inizio dell'attività o della variazione della stessa.

Il sottoscritto/la sottoscritta autorizza, per sole finalità istituzionali, l'utilizzo dei dati personali e ciò ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 e s.m.i..

Data ……………………………………… Firma ……………………………………………………………………