All' UOC RISORSE UMANE
ASST DI PAVIA

Visto l'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.
Viste le "Linee guida in materia di sponsorizzazioni" di Regione Lombardia del 24.01.2019 e le "Linee di indirizzo in materia di sponsorizzazioni" di ARAC, entrambe trasmesse da Regione Lombardia in data 24 gennaio 2019.

Il sottoscritto/la sottoscritta ……

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

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

in servizio presso ……

- ❑ **CHIEDE AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA AI FINI DI SVOLGIMENTO DELLA SEGUENTE ATTIVITA'**
- ❑ **COMUNICA L'EFFETTUAZIONE DELLA SEGUENTE ATTIVITA'**

- ❑ partecipazione ad attività di tipo scientifico o convegnistico*
- ❑ attività di docenza
- ❑ collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie
- ❑ utilizzazione di proprie opere di ingegno o invenzioni industriali
- ❑ attività di ricerca scientifica,
- ❑ attività di volontariato per Organizzazioni non profit
- ❑ partecipazione, quale Componente, a Commissioni di concorso o ad altre Commissioni presso Enti, pubblici o privati
- ❑ svolgimento della funzione di Arbitro o di Consulente Tecnico di Parte (C.T.P.) in procedimenti giudiziari
- ❑ svolgimento di attività di collaudo, assunzione di incarichi di progettazione o direzione lavori, sempre che gli stessi siano conformi alla disciplina degli appalti pubblici
- ❑ assunzione di cariche, anche in Società Cooperative ed in Associazioni sportive, ricreative e culturali
- ❑ partecipazione a Società agricole a conduzione familiare
- ❑ assistenza infermieristica
- ❑ attività di tipo commerciale

- ❑ altro incarico non compreso nel precedente elenco. (specificare il tipo di incarico)

……:……

* allegare al presente modulo la "Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in tema di assenza di conflitto di interessi, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e s.m.i." (**MOD.03.727.DAM01.51301_REG03**).

PER CONTO DI (Indicare i seguenti dati relativi al Committente)

NOME……INDIRIZZO……

P.IVA O CODICE FISCALE……PEC O EMAIL ……

SPONSOR/FINAZIATORE (qualora presente): ……

nelle seguenti date ……

☐ a titolo gratuito

☐ a titolo oneroso, con un compenso complessivo pari ad Euro ……

Il sottoscritto/la sottoscritta …… consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e della decadenza dai benefici prevista dall'art.75 del medesimo D.P.R. qualora, dal controllo di cui all'art.71 del medesimo D.P.R. emergano dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso visione del "Regolamento aziendale disciplinante lo svolgimento di incarichi compatibili con il rapporto di pubblico impiego", 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 comunicazione non verrà svolta mediante utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature di proprietà di ASST di Pavia,
- che l'attività di cui alla presente comunicazione non costituisce esercizio di attività libero professionale,
- che l'esercizio dell'attività di cui alla presente comunicazione 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,

Data Firma ……

ALLEGATI:

☐ Lettera di incarico ☐ Autocertificazione assenza conflitto di interessi

☐ Brochure informativa ☐ Altra documentazione

Parere del Responsabile

☐ Favorevole

☐ Contrario per la seguente motivazione:

……

Data . Firma ……

SEZIONE RISERVATA ALL'U.O.C. RISORSE UMANE

Provvedimento finale

☐ **autorizzazione** per svolgimento di attività di cui alla presente richiesta, ritenuta astrattamente compatibile con il rapporto di pubblico impiego di cui è titolare, presso ASST di Pavia, il Richiedente.

☐ **diniego di rilascio** di autorizzazione in considerazione del fatto che l'attività di cui alla presente richiesta:

- ☐ evidenzia potenziale conflitto di interessi con l'attività istituzionale
- ☐ il competente Responsabile non ha rilasciato il prescritto parere favorevole

☐ **presa d'atto** di attività di cui alla presente comunicazione, ritenuta astrattamente compatibile con il rapporto di pubblico impiego di cui è titolare, presso ASST di Pavia, il Richiedente.

☐ **diniego di rilascio** di presa d'atto, in considerazione del fatto che l'attività di cui alla presente comunicazione:

- ☐ evidenzia potenziale conflitto di interessi con l'attività istituzionale
- ☐ il competente Responsabile non ha rilasciato il prescritto parere favorevole

IL DIRIGENTE RESPONSABILE U.O.C. RISORSE UMANE
(Dott.ssa Giovanna BEATRICE)

Prot. n del

La presente documentazione viene trasmessa:
- al **Richiedente**,
- al **Committente**, il quale è tenuto, in ipotesi di attività resa a titolo oneroso, a comunicare alla scrivente ASST, l'entità del compenso erogato all'Interessato/Interessata. Detta comunicazione deve essere resa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i., decorsi giorni quindici dalla data di erogazione del compenso, mediante utilizzo del modulo allegato.