

## COMUNICAZIONE ATTIVITA' EXTRAISTITUZIONALI DI CONSULENZE TECNICHE D'UFFICIO (C.T.U.)

(da presentare al protocollo generale almeno 30 giorni prima dell'espletamento dell'incarico extraistituzionale già corredata del nulla osta preventivo da parte del diretto responsabile)

Alla UOC Politiche del Personale e Gestione Risorse Umane  
dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata  
[protocollo@hsangiovanni.roma.it](mailto:protocollo@hsangiovanni.roma.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ matr.n. \_\_\_\_\_ in servizio

presso (indicare la struttura di assegnazione) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in qualità di (indicare il profilo rivestito) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

### COMUNICA

preventivamente, secondo quanto previsto dall'art.53 del D.Lgs.n.165/2001 e s.m.i. e dall'art.9 del Regolamento aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali approvato con deliberazione n.1053 del 29.12.2020, che svolgerà l'incarico di Consulenza Tecnica d'Ufficio (C.T.U.) di seguito indicato:

|                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AUTORITA' GIUDIZIARIA (indicare quale autorità giudiziaria ha emesso provvedimento di nomina)</b> |
|                                                                                                      |
|                                                                                                      |

|                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>DATI INCARICO</b>                                                                             |            |
|                                                                                                  |            |
| Data inizio:                                                                                     | Data fine: |
| Impegno previsto nel periodo indicato (ore/gg) (indicare le date in cui si svolgerà l'incarico): |            |
|                                                                                                  |            |
| Sede svolgimento incarico (indicare indirizzo completo):                                         |            |
|                                                                                                  |            |

Importo previsto: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato DPR,

## DICHIARA

- che l'incarico non rientra tra i propri compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- che non sussistono motivi di incompatibilità né di conflitto di interessi, anche potenziale, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle proprie funzioni istituzionali, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e dal regolamento aziendale in materia;
- che l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, senza utilizzare beni, mezzi o attrezzature aziendali;
- che sarà assicurato, in ogni caso, il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- che l'incarico avrà carattere saltuario ed occasionale, non prevalente rispetto alle funzioni d'istituto;
- di essere consapevole di quanto riportato nel Regolamento aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali approvato con deliberazione n.1053 del 29.12.2020 (consultabile sulla Intranet aziendale / Documenti / Regolamenti e disposizioni ), in particolare nell'art.3 del Regolamento aziendale "*Incarichi ed attività vietate*", nell'art.4 "*Incompatibilità di diritto e conflitto di interesse*", nell'art.12 "*Limiti annui quantitativi allo svolgimento di alcuni incarichi extra-istituzionali*" e nell'art.15 "*Regime sanzionatorio*";
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di poter esercitare i diritti previsti dal citato Regolamento UE 2016/679.

Si allega:

- copia del provvedimento di nomina dell'autorità giudiziaria;
- copia di un valido documento d'identità.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

**NULLA OSTA PREVENTIVO DEL DIRETTO RESPONSABILE**

- per il Direttore di Dipartimento è il Direttore Sanitario;
- per il Direttore di UOC è – secondo i casi - il Direttore Dipartimento/Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo;
- per il Responsabile UOSD è – secondo i casi – il Direttore Dipartimento/il Direttore UOC/il Direttore Sanitario/il Direttore Amministrativo;
- per il personale del comparto del ruolo sanitario è il Direttore delle Professioni Sanitarie;
- per il personale del comparto dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale è il Direttore / Responsabile della struttura di afferenza.

Il diretto responsabile, per come sopra individuato, accertato che il suddetto incarico, da svolgersi al di fuori dell'orario di servizio, è conforme a quanto previsto dall'art.6 del Regolamento aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali approvato con deliberazione n.1053 del 29.12.2020, in particolare:

- non lede l'immagine e il nome dell'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata;
- non rientra tra i propri compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- non sussistono motivi di incompatibilità né di conflitto di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle proprie funzioni istituzionali;
- è compatibile con le esigenze di servizio, con l'attività e gli impegni istituzionali del dipendente e con l'orario di lavoro e con il pieno svolgimento del servizio di istituto.

☐ **esprime PARERE FAVOREVOLE allo svolgimento dell'incarico**

Roma \_\_\_\_\_

Timbro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

☐ **NON esprime PARERE FAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:** \_\_\_\_\_

Roma \_\_\_\_\_

Timbro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_