



**MODULO RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE INCARICHI
EXTRAISTITUZIONALI**

**Spett. le
Amministrazione Provinciale
Ufficio Personale
SEDE**

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'espletamento di attività/incarichi retribuiti o all'assunzione di cariche compensate o gettonate –

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____
_____ Cat. _____ presso il Servizio/Settore _____
_____ di questa Amministrazione Provinciale;

CHIEDE

di essere autorizzato/a, ai sensi della normativa vigente e del "Regolamento incompatibilità e inconfiribilità degli e per la disciplina del potere sostitutivo degli organi nel conferimento di incarichi nulli ai sensi del D.L.gs n. 39/2013 " a svolgere il sotto indicato incarico/attività retribuita:

per _____ conto _____ della _____ ditta/ente/altro

sede/indirizzo e codice fiscale _____.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, ai sensi dell'art.47 del citato D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

che l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature dell'Amministrazione Provinciale, per un impegno non superiore a 25 ore mensili e a 12 ore settimanali:

nel periodo dal _____ al _____

luogo e modalità di svolgimento

_____ tempi di svolgimento

_____ che il compenso è pari ad €

_____ che l'incarico non rientra tra i compiti dell'ufficio e del servizio di assegnazione, che non sussistono motivi di incompatibilità secondo quanto previsto dal Regolamento comunale sopra richiamato, di

cui il sottoscritto ha preso visione, che la durata complessiva degli incarichi svolti nel corrente anno solare non supera il limite di 25 ore mensili e a 12 ore settimanali lavorative, tenuto conto di tutti gli incarichi autorizzati compreso l'incarico oggetto della presente richiesta.

Il/la sottoscritto/a assicura, in ogni caso, il puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio e si impegna a comunicare tempestivamente, per mezzo di ulteriore dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà eventuali modifiche rispetto alle dichiarazioni sopra rese.

Data

Firma

PARERE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

In riferimento alla richiesta, si esprime il seguente parere motivato (motivare, indicando eventuali condizioni- es. orario, durata, etc).

Favorevole

Contrario

Luogo e data

Firma _____

DECISIONE DEL SEGRETARIO GENERALE/DIRIGENTE

Il Segretario Generale/Dirigente, in riferimento alla presente richiesta

Autorizza

Non autorizza per la seguente motivazione

Luogo e data

Il Segretario Generale/Dirigente _____