

All'ASST PAPA GIOVANNI XXIII
U.O.C. Politiche e gestione delle risorse umane
Piazza Oms, 1 - 24127 Bergamo

Email: protocollo@asst-pg23.it
PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

COMUNICAZIONE PREVENTIVA
PER INCARICO EXTRAISTITUZIONALE
(art.53 D.Lgs. n.165/2001)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____ matricola n.

dipendente di questa Azienda in qualità di _____

- rapporto esclusivo rapporto non esclusivo
 tempo pieno part-time % al _____

in servizio c/o la Struttura Organizzativa _____

e mail (per ogni comunicazione) _____

cell. _____ tel. _____

COMUNICA

che intende svolgere il seguente incarico occasionale, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda:

- o collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- o utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e d'invenzioni industriali;
- o partecipazione a convegni e seminari;
- o incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- o incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o fuori ruolo;
- o incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- o attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica Amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica (presso Università e Istituti scolastici);
- o incarico di perito o consulente d'Ufficio (CTU) conferito dall'Autorità giudiziaria;
- o incarichi a titolo gratuito presso associazioni di volontariato di promozione sociale, cooperative sociali, organizzazioni non governative o altri enti o istituzioni senza scopo di lucro, società e associazioni sportive dilettantistiche e artistiche.

che l'incarico di _____

(allegare la documentazione relativa all'incarico di cui trattasi)

verrà svolto a titolo:

- RETRIBUITO
 GRATUITO
 SOLO RIMBORSO SPESE

- luogo e sede evento _____
- periodo dell'incarico dal _____ al _____
- totale numero ore _____ articolate su numero _____ giorni lavorativi
- compenso (*anche presunto*) in € _____
- che il Soggetto conferente è:
denominazione _____
C.F./P.IVA _____
sede _____ legale
natura giuridica di diritto pubblico di diritto privato
e mail (per ogni comunicazione) _____

Data,

Firma del Dipendente _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di aver preso visione del vigente regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi extraistituzionali e della normativa in esso richiamata.

- che l'attività oggetto dell'incarico relativo alla richiesta di comunicazione preventiva di cui sopra:
 - ha carattere temporaneo ed occasionale;
 - non rientra tra i compiti del servizio di assegnazione;
 - non arrecherà pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività istituzionale e che avverrà al di fuori dell'orario di lavoro senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;
 - non compromette il decoro e il prestigio dell'Azienda e non ne danneggia l'immagine;
 - non realizza interessi privati ulteriori (propri, di parenti, conviventi, amici, associazioni alle quali appartiene, categorie di professionisti, etc.) che possono essere percepiti come prevalenti e/o influenti.
- di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati⁽¹⁾ che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno dell'ASST e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interessi, anche potenziali, nello svolgimento dell'incarico di che trattasi;
- di non essere stato incaricato dallo stesso committente per attività di medesima natura, per più di 3 volte nell'arco dell'anno solare;
- di comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire rispetto a quanto comunicato/dichiarato con la presente richiesta;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento e degli adempimenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data,

Firma del Dipendente _____

⁽¹⁾Perché sussista conflitto d'interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto d'interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote d'impresе, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore d'interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari – effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza – non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto d'interesse.

PARERE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA di afferenza
(da acquisire a cura del dipendente prima dell'inoltro all'UOC Politiche e gestione risorse umane)

Il Direttore/Responsabile, **sulla base di quanto dichiarato dal dipendente interessato, valutata la documentazione e le attività/funzioni al medesimo attribuite**

ATTESTA CHE

- NON SUSSISTE INCOMPATIBILITA'**
 SUSSISTE _____

(indicare motivazione specifica)

- NON SUSSISTE CONFLITTO D'INTERESSE (attuale, potenziale, apparente, diretto, indiretto)**
 SUSSISTE _____

(indicare motivazione specifica)

ESPRIME PARERE

- FAVOREVOLE**
 NEGATIVO _____

(indicare motivazione specifica)

Data _____

Il Direttore/Responsabile *(timbro e firma)* _____

IL DIRETTORE UOC POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE, SULLA BASE DI QUANTO DICHIARATO DAL DIPENDENTE, DEL PARERE ESPRESSO DAL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA E DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA, ESPRIME PARERE:

- FAVOREVOLE** allo svolgimento dell'incarico preventivamente comunicato.
 NEGATIVO con conseguente diniego allo svolgimento dell'incarico preventivamente comunicato in quanto:

(motivazione del diniego)

Bergamo,

Il Direttore
UOC Politiche e gestione delle risorse umane
dr.ssa Angela Colicchio