

Al Responsabile
Settore Affari del Personale
SEDE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritt_ _____, consapevole secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

DICHIARA

di avere espletato l'attività occasionale autorizzata/comunicata con nota prot. n. _____ del _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Il/la sottoscritt_ dichiara, altresì, che la predetta attività è stata svolta al di fuori dell'orario di servizio e comunque in assenza di ipotesi di incompatibilità previste dalla vigente normativa.

A tal fine allega copia fotostatica di documento di identità.

_____, li _____

IL DICHIARANTE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - T R A P A N I

Oggetto: Comunicazione espletamento incarico occasionale di Perito.

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Al Resp. Settore Affari del
Personale
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Al Responsabile
Ufficio Controllo Ispettivo Interno
Dr. Francesco Ceresi
Cittadella della Salute

Il/La sottoscritt_ _____, nato/a _____
il _____ e residente a _____ Via/Piazza
_____ n° _____ c.a.p _____ Città _____
dipendente di codesta Azienda, in servizio c/o il P.O./Distretto di
_____ quale
_____, avendo ricevuto
in data _____ da parte del Tribunale di _____, proposta per
l'effettuazione di un incarico di Perito nell'ambito di un procedimento penale/di interdizione –
inabilitazione su istanza del Pubblico Ministero, di cui si allega lettera di nomina, con la presente

C O M U N I C A

l'espletamento del suddetto incarico.

A tal fine, consapevole che per l'attività di Perito non può essere concesso permesso retribuito per il tempo necessario al conferimento dell'incarico o al giuramento di rito, alle testimonianze, per i sopralluoghi e per tutte le incombenze correlate alla predetta consulenza,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 23 dicembre 2000, quanto segue:

- Che l'incarico di Perito è conferito dal Tribunale di _____ ed è iscritto a ruolo al n° _____;
- Che lo stesso comporrà il seguente impegno:
 - oggetto della prestazione: _____;
 - modalità di fatturazione _____;
 - compenso previsto pari ad Euro _____;

- Che l'anno solare di riferimento è il _____;
- Che trattasi di attività non incompatibile con il servizio prestato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ai sensi dell'art. 53, comma 1 del D. Lgs. 165/2001;
- Che lo scrivente, nell'anno in corso, ha altresì espletato i seguenti incarichi quale Perito:

Il sottoscritto dichiara che la predetta attività non è in conflitto con le attività e le finalità dell'Azienda.

A conclusione della predetta attività e comunque entro e non oltre i 30 giorni dall'espletamento della stessa, il sottoscritto si impegna a trasmettere al Settore Affari del Personale una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 con indicazione dei giorni e delle ore in cui è avvenuto l'effettivo svolgimento dell'attività stessa, al fine di permettere all'Amministrazione di porre in essere i dovuti controlli in merito.

_____, lì _____

Firma del dipendente

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - T R A P A N I

Oggetto: Comunicazione per espletamento incarico occasionale di _____.

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Al Resp Settore Affari del
Personale
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Al Responsabile
Ufficio Controllo Ispettivo Interno
Dr. Francesco Ceresi
Cittadella della Salute

Il/La sottoscritt _____, nato/a _____
il _____ e residente a _____ Via/Piazza
_____ n° _____ c.a.p. _____ Città _____
dipendente di codesta Azienda, in servizio c/o il P.O./Distretto di
_____ quale
_____, avendo ricevuto
in data _____ da parte del _____ con
sede legale in _____ Via/Piazza
_____ n° _____ c.a.p. _____, Città
_____, proposta per l'effettuazione di un incarico di
_____, di cui si allega lettera di nomina, con la presente

COMUNICA

l'espletamento del suddetto incarico.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 23 dicembre 2000, quanto segue:

- o Che l'incarico di cui sopra è della seguente tipologia:
_____;
- o Che lo stesso comporterà il seguente impegno: n° ore complessive _____ da svolgersi in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ (in caso di attività da espletarsi in più giornate si allega alla presente calendario completo delle medesime) da espletarsi presso i locali del _____ siti in Via _____ n° _____ c.a.p. _____ Città _____;
- o (Solo per il personale Dirigente) Che il sottoscritto non si avvarrà dell'istituto contrattuale di cui all'art. 14 comma 4 del C.C.N.L./2002-2005;
- o Che l'anno di riferimento (solare/accademico) è il _____;

- Che trattasi di attività da svolgere presso il seguente Ente Pubblico/Privato:
_____;
- Che trattasi di attività non incompatibile con il servizio prestato presso l'A.S.P. di Trapani ai sensi dell'art. 53, comma 1 del D. Lgs. 165/2001;
- Che lo scrivente, nell'anno in corso è stato altresì autorizzato per i seguenti incarichi:

_____.

Il sottoscritto dichiara che la predetta attività non è in conflitto con le attività e le finalità dell'Azienda.

A conclusione della predetta attività e comunque entro e non oltre i 30 giorni dall'espletamento della stessa, il sottoscritto si impegna a trasmettere al Settore Affari del Personale una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 con indicazione dei giorni e delle ore in cui è avvenuto l'effettivo svolgimento dell'attività stessa, al fine di permettere all'Amministrazione di porre in essere i dovuti controlli in merito.

_____, lì _____

Firma del dipendente

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - T R A P A N I

Oggetto: Richiesta autorizzazione per espletamento incarico occasionale di Consulente Tecnico di Ufficio.

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Al Resp. Settore Affari del
Personale
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Il/La sottoscritt _____, nato/a _____
il _____ e residente a _____ Via/Piazza
_____ n° _____ c.a.p. _____ Città _____
dipendente di codesta Azienda, in servizio c/o il P.O./Distretto di
_____ di
_____ quale
_____ , avendo ricevuto
in data _____ da parte del Tribunale di _____, proposta per
l'effettuazione di un incarico di Consulente Tecnico di Ufficio nell'ambito di un giudizio civile/ per
finalità assicurative – amministrative, etc., di cui si allega lettera di nomina, con la presente

C H I E D E

l'autorizzazione per l'espletamento del suddetto incarico.

A tal fine, consapevole che per l'attività di Consulente Tecnico di Ufficio non può essere concesso permesso retribuito per il tempo necessario al conferimento dell'incarico o al giuramento di rito, alle testimonianze, per i sopralluoghi e per tutte le incombenze correlate alla predetta consulenza,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 23 dicembre 2000, quanto segue:

- Che l'incarico di Consulente Tecnico di Ufficio è conferito dal Tribunale di _____ ed è iscritto a ruolo al n° _____;
- Che lo stesso comporterà il seguente impegno:
 - oggetto della prestazione: _____;
 - modalità di fatturazione _____;
 - compenso previsto pari ad Euro _____;
- Che l'anno solare di riferimento è il _____;
- Che trattasi di attività non incompatibile con il servizio prestato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ai sensi dell'art. 53, comma 1 del D. Lgs. 165/2001;

- Che lo scrivente, nell'anno in corso, è stato altresì autorizzato per i seguenti incarichi di Consulente Tecnico di Ufficio:

In caso di favorevole accoglimento dell'istanza, il sottoscritto dichiara che la predetta attività non è in conflitto con le attività e le finalità dell'Azienda.

Il sottoscritto si fa altresì carico di comunicare al Responsabile del Settore Affari del Personale, successivamente all'espletamento dell'incarico e tramite il modello "Scheda incarichi dipendente" allegato all'autorizzazione, le somme percepite per il successivo adempimento aziendale dell'inoltro dei dati al Dipartimento della Funzione Pubblica.

A conclusione della predetta attività e comunque entro e non oltre i 30 giorni dall'espletamento della stessa, il sottoscritto si impegna parimenti a trasmettere al Settore Affari del Personale la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, allegata all'autorizzazione, indicando i giorni e le ore in cui è avvenuto l'effettivo svolgimento dell'attività stessa, al fine di permettere all'Amministrazione di porre in essere i dovuti controlli in merito.

_____, li _____

Firma del dipendente

VISTO

(timbro e firma del Responsabile dell'U.O.)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - T R A P A N I

Oggetto: Richiesta autorizzazione per espletamento incarico occasionale di _____.

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Al Resp. Settore Affari del
Personale
Azienda Sanitaria Provinciale
Via Mazzini n. 1
TRAPANI

Il/La sottoscritt _____, nato/a _____
il _____ e residente a _____ Via/Piazza
_____ n° _____ c.a.p. _____ Città _____
dipendente di codesta Azienda, in servizio c/o il P.O./Distretto di
_____, quale
_____, avendo ricevuto
in data _____ da parte del _____ con
sede legale in _____ Via/Piazza
_____ n° _____ c.a.p. _____, Città
_____, proposta per l'effettuazione di un incarico di
_____, di cui si allega lettera di nomina, con la presente

C H I E D E

l'autorizzazione per l'espletamento del suddetto incarico.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 23 dicembre 2000, quanto segue:

- Che l'incarico di cui sopra è della seguente tipologia:
_____;
- Che lo stesso comporterà il seguente impegno: n° ore complessive _____ da svolgersi in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ (in caso di attività da espletarsi in più giornate si allega alla presente calendario completo delle medesime) da espletarsi presso i locali del _____ siti in Via _____ n° _____ c.a.p. _____ Città _____;
- (Solo per il personale Dirigente) Che il sottoscritto non si avvarrà dell'istituto contrattuale di cui all'art. 14 comma 4 del C.C.N.L./2002-2005;
- Che l'anno di riferimento (solare/accademico) è il _____;
- Che trattasi di attività da svolgere presso il seguente Ente Pubblico/Privato:
_____;
- Che trattasi di attività non incompatibile con il servizio prestato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ai sensi dell'art. 53, comma 1 del D. Lgs. 165/2001;
- Che lo scrivente, nell'anno in corso è stato altresì autorizzato per i seguenti incarichi:

In caso di favorevole accoglimento dell'istanza, il sottoscritto dichiara che la predetta attività non è in conflitto con le attività e le finalità dell'Azienda.

Il sottoscritto si fa altresì carico di comunicare al Responsabile del Settore Affari del Personale, successivamente all'espletamento dell'incarico e tramite il modello "Scheda incarichi dipendente" allegato all'autorizzazione, le somme percepite per il successivo adempimento aziendale dell'inoltro dei dati al Dipartimento della Funzione Pubblica.

A conclusione della predetta attività e comunque entro e non oltre i 30 giorni dall'espletamento della stessa, il sottoscritto si impegna parimenti a trasmettere al Settore Affari del Personale la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, allegata all'autorizzazione, indicando i giorni e le ore in cui è avvenuto l'effettivo svolgimento dell'attività stessa, al fine di permettere all'Amministrazione di porre in essere i dovuti controlli in merito.

_____, lì _____

Firma del dipendente

VISTO
(timbro e firma del Responsabile dell'U.O.)
