



MODULO COMUNICAZIONE PERSONALE DOCENTE A TEMPO PIENO IN ASSISTENZA
Ospedale Pederzoli – Casa di Cura Privata S.p.A

All'Università di Verona

Al Dipartimento di _____

Al Direttore Sanitario dell'*Ospedale Pederzoli – Casa di Cura Privata S.p.A*

da inviare almeno 30 giorni prima dell'evento a servizio.personaledocente@ateneo.univr.it completa del parere della Direzione Sanitaria dell'Ospedale Pederzoli e del/la Direttore/Direttrice di Dipartimento Universitario e della proposta di incarico.

COMUNICAZIONE SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

(art. 53 D.Lgs. 165/2001 – art. 6 Legge n. 240/2010 - “Regolamento per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali del personale docente e ricercatore”)

Il/La sottoscritto/a _____ qualifica _____
in assistenza presso l'Ospedale Pederzoli – Casa di Cura Privata S.p.A, comunica lo svolgimento del seguente incarico extra-istituzionale:

Soggetto conferente:

ragione sociale _____ indirizzo: _____
_____ PEC/e-mail _____ codice fiscale _____

Tipologia incarico:

- ☐ partecipazione a conferenze e convegni, in qualità di relatore, anche a titolo gratuito qualora promossi da enti con scopo di lucro o sponsorizzati da società farmaceutiche o comunque operanti in campo sanitario;
- ☐ lezioni, seminari e attività di docenza a carattere occasionale, non configurabili come insegnamenti o moduli didattici universitari, anche a titolo gratuito qualora promossi da enti con scopo di lucro o sponsorizzati da società farmaceutiche o comunque operanti in campo sanitario;
- ☐ utilizzazione economica, in qualità di autore o inventore, di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali non direttamente derivanti da attività istituzionali svolte presso l'Ateneo, relativamente alla quale si fa rinvio alla specifica normativa vigente in materia;
- ☐ attività di collaborazione e di consulenza scientifica a favore di soggetti pubblici e privati (ad esclusione di attività libero professionali volte a fornire risoluzione a problematiche concrete e prestate a favore di terzi in forma individuale o partecipando ad associazioni o società professionali, non rientranti nei compiti e doveri istituzionali, che presuppongono l'iscrizione ad albi professionali o registri abilitanti e che rivestono il carattere dell'abitudine, sistematicità e continuità)

Descrizione attività oggetto dell'incarico _____

modalità di svolgimento dell'incarico _____

per il periodo dal _____ al _____ impegno previsto (giorni/ore) _____
compenso lordo previsto o presunto _____ euro.

La prestazione è a favore di SPIN-OFF dell'Università di Verona: SI ☐ NO ☐

presso il quale il sottoscritto riveste la carica di socio/a o di componente di organo di amministrazione: SI ☐ NO ☐

Dichiara che non è previsto lo svolgimento di prestazioni in favore di Dipartimenti o Centri di Ateneo o affidate da questi ultimi a SPIN OFF dell'Università di Verona nell'ambito di rapporti contrattuali: SI ☐ NO ☐

(Da compilare solo nel caso di risposta affermativa nelle due righe precedenti)



Dichiara che tale incarico non è in conflitto di interessi, anche potenziale, è compatibile con l'assolvimento dei propri compiti istituzionali, non rientra nell'esercizio di attività libero professionale e sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro e della struttura di appartenenza.

Allega la proposta di incarico e la brochure dell'evento ove disponibile.

Luogo e data _____ firma _____

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario dell'Ospedale Pederzoli – Casa di Cura Privata S.p.A, accertato che il suddetto incarico:

- è svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
- è svolto senza l'utilizzo di beni e attrezzature aziendali;
- non pregiudica, in nessun caso, il corretto e regolare svolgimento delle attività istituzionali e degli obiettivi affidati al dipendente nell'ambito dell'Ospedale Pederzoli;
- non persegue interessi in contrasto con quelli dell'Ospedale Pederzoli;
- non è incompatibile con l'attività istituzionale svolta a favore dell'Ospedale Pederzoli;

☐ esprime parere **favorevole** allo svolgimento dell'incarico

OVVERO

☐ esprime parere **non favorevole** per le seguenti motivazioni

Data _____ Timbro _____ Firma _____