



MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE INCARICHI PERSONALE DOCENTE A TEMPO DEFINITO IN ASSISTENZA
IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar

All'Università di Verona

Al Dipartimento di _____

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

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER 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'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, chiede l'autorizzazione a svolgere il seguente incarico extra-istituzionale:

Soggetto conferente:

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

Tipologia incarico:

attività didattica e di ricerca presso università o enti di ricerca esteri ai sensi dell'art. 6, comma 12, della legge 30 dicembre 2010, n. 240;

incarichi di progettazione e di coordinamento didattico, nonché attività didattiche nell'ambito di corsi di studio di primo, secondo, terzo ciclo e di corsi professionalizzanti istituiti presso altre Università ed enti pubblici e privati di carattere nazionale.

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.

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

Luogo e data _____ firma _____

PARERE DEL DIRETTORE/DELLA DIRETTRICE DEL DIPARTIMENTO DI _____

Il Direttore/ La Direttrice del Dipartimento accertato che il suddetto incarico:

- ☐ **è** compatibile con i compiti didattici, di servizio agli studenti e di ricerca del/la richiedente
- ☐ **non è** compatibile con i compiti didattici del/la richiedente per i seguenti motivi:

- ☐ **non determina** situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 53, comma 7, D. Lgs. 165/2001)
- ☐ **determina** situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi per i seguenti motivi:

- ☐ **non arreca** pregiudizio al prestigio e all'immagine dell'Università
- ☐ **arreca** pregiudizio al prestigio e all'immagine dell'Università per i seguenti motivi:



ESPRIME PARERE

- ☐ **favorevole** allo svolgimento del suddetto incarico
☐ **non favorevole** allo svolgimento del suddetto incarico.

data _____ firma _____

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario dell'IRCSS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, accertato che il suddetto incarico:

- non lede l'immagine e il nome dell' IRCSS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria;
- non è interessato da situazioni o condizioni che possano determinare conflitto di interessi anche potenziale con le funzioni istituzionali svolte dal dipendente, riguardo sia alla natura dell'incarico che al committente (il quale non risulta destinatario dell'attività istituzionale del dipendente);
- non è svolto per un committente sottoposto alla vigilanza e al controllo dell'IRCSS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar;
- è compatibile con l'attività lavorativa del dipendente e non ne compromette il regolare svolgimento;
- è svolto al di fuori dell'orario di servizio;

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

OVVERO

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

data _____ timbro _____ firma _____