

Egr. DIRETTORE GENERALE  
U.L.S.S. N° 21 - LEGNAGO (VR)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, dipendente di codesta U.L.S.S. in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo  indeterminato  determinato, con rapporto di lavoro  tempo pieno  tempo parziale \_\_\_\_\_%, presso l'Unità Operativa/Servizio di \_\_\_\_\_ della Sede di \_\_\_\_\_, con la presente

**chiede autorizzazione**

a svolgere il seguente incarico temporaneo saltuario od occasionale di \_\_\_\_\_

conferito in data \_\_\_\_\_ dall'Amm.ne/ente/Società di \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;

da svolgersi presso la Sede di \_\_\_\_\_, per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con impegno orario di n° \_\_\_\_\_ ore ed importo previsto in circa € .....

**Dichiara altresì:**

- ◆ che l'attività da svolgersi non si identifica con l'attività oggetto dei compiti d'ufficio e coi compiti della struttura di appartenenza;
- ◆ che non sussistono motivi di incompatibilità e di conflitti secondo le disposizioni vigenti in materia;
- ◆ che l'incarico verrà svolto fuori dall'orario di lavoro senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda;
- ◆ che verrà assicurato in ogni caso il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio.

Distinti saluti.

Legnago, .....

\_\_\_\_\_ firma

=====

**IL RESPONSABILE DI STRUTTURA/U.O.:** verificato che lo svolgimento dell'incarico oggetto della presente richiesta:

- **NON E' / E' incompatibile** con i compiti assegnati e svolti dal suddetto dipendente e dalla struttura di appartenenza,
- **NON E' / E' incompatibile** sotto il profilo organizzativo del servizio e **NON HA / HA ripercussioni negative** sull'espletamento dell'attività stessa di servizio,

esprime il Parere :  **Favorevole**  **Non Favorevole**

data .....

\_\_\_\_\_ firma e timbro

**ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI EX ART. 24 Legge n° 412/1991  
e ART. 53/comma 11° D.lgs. N° 165/2001**

**DIPENDENTE CHE HA SVOLTO L'INCARICO**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_

Rapporto a tempo parziale:  SI  NO

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**AMM.NE/ENTE/SOCIETA'/PERSONA FISICA  
CHA HA CONFERITO L'INCARICO**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Tipologia soggetto conferente (*pubblico o privato*): \_\_\_\_\_

**INCARICO**

Tipologia dell'incarico (*descrizione*): \_\_\_\_\_

Data autorizzazione: \_\_\_\_\_

Data conferimento: \_\_\_\_\_

Data inizio: \_\_\_\_\_

Data fine: \_\_\_\_\_

**IMPORTO**

Importo previsto: € \_\_\_\_\_

Importo complessivamente erogato € \_\_\_\_\_

ANNO DI LIQUIDAZIONE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma Ente/Azienda  
\_\_\_\_\_