

MODELLO B

Al Direttore del Dipartimento di _____

Richiesta di autorizzazione per il conferimento di un incarico retribuito

Il sottoscritto/a _____
titolare /rappresentante legale di _____
_____ codice fiscale/partita IVA _____
con sede in _____ Via _____
tel./fax _____ soggetto pubblico soggetto privato

CHIEDE

(almeno 30 giorni prima dell'inizio dell'attività)

che il/la dott./dott.ssa prof./prof.ssa _____

sia autorizzato/a a svolgere l'incarico retribuito di seguito indicato ed a tal fine

DICHIARA CHE

➤ l'incarico proposto ha per oggetto la seguente attività (*descrivere dettagliatamente l'attività da svolgere, allegare lettera di incarico, programma dell'evento **comprensivo dello sponsor** eventualmente presente e comunque ogni documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione*): _____

che verrà svolta per un periodo dal _____ al _____ (*indicare giorno, mese e anno*), con un impegno previsto di n. _____ ore articolate su n. _____ giornate lavorative, CFU _____ (*indicare in caso di attività didattica*) presso _____

l'importo lordo previsto o presunto per copertura/rimborso spese è pari a € _____; (*indicare la tipologia delle spese coperte, es. viaggio, vitto, etc. o l'eventuale importo*)¹

l'importo lordo previsto o presunto del compenso è pari a € _____ (*obbligatorio, anche presunto*);¹

1. I campi possono non essere compilati solo nel caso che le informazioni richieste siano CHIARAMENTE ricavabili dalla lettera d'incarico

- tale incarico ha natura occasionale / non occasionale;
- tale incarico è stato conferito (*dichiarazione obbligatoria ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dalla Legge 190/2012*):
- ai sensi delle seguenti norme: _____
 - per le motivazioni di seguito indicate: _____
 - in base ai seguenti criteri di scelta: _____,
- l'incarico in questione non comporta, una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, con l'Università degli Studi di Firenze e con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di afferenza assistenziale dell'interessato.

Firenze, li _____

Timbro e firma del committente

Parte da compilare a cura del dipendente

Il/La sottoscritto/a _____
in servizio presso questo Ateneo in qualità di _____
in regime di impegno a tempo pieno presso il Dipartimento di _____

CONSAPEVOLE

di quanto previsto in materia di compatibilità con il rapporto di lavoro di tipo subordinato a tempo pieno,

DICHIARA CHE

➤ tale incarico non pregiudica in alcun modo il regolare assolvimento dei propri compiti istituzionali; è svolto in orario diverso da quello previsto dall'art. 6, comma 1, della legge 311/1958 (*attività didattica istituzionale*), al di fuori dei locali universitari/ospedalieri e non comporta l'utilizzo di apparecchiature, risorse finanziarie e strumenti della struttura di appartenenza o di altra struttura dell'Ateneo/Azienda Ospedaliero-Universitaria;

➤ non sussistono motivi di incompatibilità di diritto o di fatto con le attività istituzionali, ivi comprese quelle assistenziali;

➤ l'incarico in questione non comporta, per quanto a sua conoscenza, una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, con l'Università degli Studi di Firenze e con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi;

➤ non ha in corso di svolgimento altri incarichi / ha in corso di svolgimento i seguenti incarichi: _____

➤ l'importo lordo previsto o presunto del compenso di € _____ non supera il "*Limite massimo retributivo per emolumenti o retribuzioni nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con le pubbliche amministrazioni statali.*" ²

➤ ai fini della contabilizzazione oraria, per tale attività usufruirà di (*barrare una delle caselle seguenti*):

ferie (obbligatorio per incarichi retribuiti) recupero ore

2Pari a € 240.000,00(trattamento economico annuo onnicomprensivo del primo Presidente della Corte di Cassazione per l'anno 2014). Tale limite non può essere superato nel corso dell'anno solare e comprende gli emolumenti percepiti nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato o autonomo e quindi, gli stipendi e le altre voci di trattamento fondamentale, le indennità e le voci accessorie, nonché le remunerazioni per consulenze, incarichi aggiuntivi conferiti dalle amministrazioni pubbliche, anche diverse da quella di appartenenza.

ore per attività congressuale attività fuori sede

DICHIARA INOLTRE

➤ di rinunciare al compenso lordo pari €_____optando per la sua devoluzione al Dipartimento Universitario di afferenza.

SI NO (*barrare la casella che interessa*)

➤ di non aver partecipato di aver partecipato (ditta_____, servizio/prodotto_____) nel biennio precedente, a collegi tecnici e/o commissioni di aggiudicazione di beni/servizi per AOUC.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa all'incarico in questione (*modalità, svolgimento, durata, compenso ecc.*).

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Firenze, lì _____

_____3

(firma)

Parere del Responsabile* che attesta la non interferenza dell'attività oggetto dell'incarico con il regolare svolgimento del servizio.

Data..... Timbro e Firma.....

*per *Responsabile* si intende il Direttore della SOD/UO, il Direttore Dipartimento/Area; Il DA/DS/DG

3 Allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (art. 38 DPR 445/00).

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università degli Studi di Firenze

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Susanna Massidda – Tel. 055/2757612 – Fax 055/2756346.

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Firenze, li _____

Per presa visione, il committente

Firenze, li _____

Per presa visione, il dipendente
