

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                             |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  <p><b>ARCS</b><br/>Azienda Regionale<br/>di Coordinamento<br/>per la Salute</p> <p>Allegato 1</p> | <p><b>COMUNICAZIONE INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI NON<br/>SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE</b></p> | <p>Rev. 01<br/>08/02/2023</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|

(da inviare almeno 10 giorni prima della data di inizio attività/incarico)

Al Responsabile Struttura

e p.c. Alla Struttura Gestione Risorse Umane  
mail: risorseumane@arcs.sanita.fvg.it

Il /la sottoscritto/a .....  
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | nato a .....  
il .....in servizio presso la struttura .....  
qualità di .....

### COMUNICA

Di voler svolgere la seguente attività extraistituzionale

1. TIPOLOGIA DI ATTIVITA'(vedi art. 4 regolamento)

.....  
.....

2. DENOMINAZIONE SOGGETTO CONFERENTE

.....

C.F. / P.I. | | | | | | | | | | | | | | | | Tel .....

Sede legale: Via ..... n. .... Città..... Prov. ....

☐ Ente pubblico ☐ Persona giuridica ☐ Persona fisica

3. PERIODO di svolgimento dell'incarico:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - impegno previsto in giorni \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_/anno

4. COMPENSO

☐ Compenso complessivo lordo previsto/presunto € .....

☐ Rimborso spese € .....

☐ A titolo gratuito

5. SEDE di svolgimento dell'attività .....

Eventuali precisazioni .....

.....

Ai fini del rilascio dell'autorizzazione il/ la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazione mendace il DPR 445/2000 e ss.mm.ii. prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75), dopo aver preso attenta visione del Regolamento Aziendale in materia di incarichi extraistituzionali approvato con decreto DG n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- ☐ che non sussistono motivi di incompatibilità con le attività attualmente svolte;
- ☐ che l'incarico ha carattere saltuario ed occasionale;
- ☐ che l'attività svolta non concretizza situazioni di conflitto anche potenziale d'interessi con l'Azienda;
- ☐ che l'incarico sarà svolto fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature di ARCS;
- ☐ che in ogni caso saranno assicurate prioritariamente tutte le attività istituzionali anche a carattere eccezionale e straordinario, senza che l'incarico possa influire in tali attività;
- ☐ che l'attività sarà svolta nel rispetto della normativa sull'orario di lavoro e in particolare dei riposi giornalieri e settimanali previsti dal D. Lgs. 66/2003;
- ☐ di impegnarsi a fornire immediata comunicazione al proprio Responsabile e alla struttura Gestione Risorse Umane di eventuali incompatibilità sopraggiunte in corso di incarico e la conseguente cessazione dello stesso;
- ☐ di non instaurare rapporti di lavoro subordinato con il soggetto conferente;
- ☐ di essere a conoscenza che i dati relativi all'incarico, a seconda della tipologia, verranno inseriti nell'Anagrafe delle Prestazioni dei pubblici dipendenti - Dip. Funzione Pubblica e pubblicati in ogni caso nel sito web aziendale, in ottemperanza alle vigenti norme sulla Trasparenza
- ☐ di essere a conoscenza che potranno essere svolti – a cura dell'Azienda – controlli su quanto dichiarato e sullo svolgimento dell'incarico al fine di verificare la permanenza delle condizioni dichiarate.

Luogo e data\_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE

\_\_\_\_\_  
(firma)