

U.O.C. Direzione Amministrativa

12.0 AGO. 2014

AVVISO IN TEMA DI
ATTIVITA' LIBERALIZZATE ED INCARICHI ESTERNI
DEL PERSONALE DIPENDENTE,
EX ART. 53, D. LGS. N. 165/2001

Si comunica che, con Deliberazione n. 418/DG del 25.06.2014, la materia delle autorizzazioni per gli incarichi extra-istituzionali svolti dai dipendenti di questa Azienda Ospedaliera ex art.53, D.Lgs. n.165/2001 -già trattata dalla U.O.C. Gestione Risorse Umane- è stata assegnata alla U.O.C. Atti e Procedimenti Giuridico Amministrativi, Contratti e Convenzioni.

Pertanto, è stato modificato il modello prestampato da utilizzare, a cura dei dipendenti interessati, per la presentazione della domanda di autorizzazione e allegata dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. Il nuovo modello, che si allega al presente avviso, è stato pubblicato nel sito web aziendale, ai fini della consultazione, in sostituzione del modello già in uso presso la U.O.C. Gestione Risorse Umane. **Esso è reperibile in Intranet - sezione Modulistica - Moduli richiesta - 5) Modulo richiesta autorizzazione ai sensi dell'art. 53, D.Lgs. n. 165/2001.**

Si coglie l'occasione per rammentare quanto segue:

- 1) La richiesta di autorizzazione per l'espletamento di incarichi esterni deve essere presentata con congruo anticipo -secondo quanto prescritto nel Regolamento interno approvato con Deliberazione n. 1064/DG f.f. del 31.12.13- ed essere consegnata ovvero spedita all'Ufficio Protocollo Generale di questa Amministrazione, di cui si indicano i recapiti:
- indirizzo di posta elettronica: protocollo@hsangiovanni.roma.it
- fax: 06/77053253
In caso di spedizione, il dipendente istante deve allegare copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento, al fine di convalidare la dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 45, D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;
- 2) Resta fermo che sono **vietati** ai pubblici dipendenti, a tempo pieno e a tempo parziale (indipendentemente dalla percentuale di prestazione lavorativa), **gli incarichi configuranti un conflitto di interessi, anche potenziale**, rispetto alle funzioni dagli stessi svolte in ambito istituzionale. In particolare, per espressa indicazione del Dip. Funzione Pubblica, sono da intendersi vietati:
 - a) *gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti fornitori di beni o servizi per l'Amministrazione, relativamente a quei dipendenti delle strutture che partecipano a qualunque titolo all'individuazione del fornitore;*
 - b) *gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'Amministrazione, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;*
 - c) *gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza;*
 - d) *gli incarichi che si svolgono nei confronti di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, di vigilanza o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge* (Criteri generali in materia di incarichi vietati ai dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni, pubblicati in data 24.06.14).
- 3) Si rammenta infine che gli incarichi e le attività extra-istituzionali devono essere espletati al di fuori dell'orario di servizio, ovvero -ove coincidenti con tale orario- mediante preventiva giustificazione dell'assenza e facendo ricorso ai noti istituti contrattuali (congedo ordinario, riposo compensativo, permesso con recupero e simili).

Si indicano infine i recapiti del personale preposto alla trattazione delle autorizzazioni, ai sensi dell'art.53, D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., in seguito alla riorganizzazione delle attività amministrative:

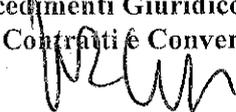
per la U.O.C. Supporto al Governo Clinico - Ufficio Formazione Risorse Umane, che tratta le autorizzazioni dei dipendenti per lo svolgimento delle Docenze nei Corsi di Laurea tenuti dall'Ateneo La Sapienza e dall'Università Cattolica del Sacro Cuore presso la sede didattica interna-aziendale:

- Dr. Patrizio Valeri - Direttore della U.O.C. Supporto al Governo Clinico - Tel.int. 06/77053655
- Dr.ssa Gloria Putzu - Collaboratore amministrativo professionale - Tel.int.: 06/77053606

per la U.O.C. Atti e Procedimenti, che tratta le ulteriori tipologie di autorizzazioni per incarichi esterni occasionali:

- Dr.ssa Maria Rita Corsetti - Direttore della U.O.C. Atti e Procedimenti Giuridico Amministrativi, Contratti e Convenzioni - Tel.int.: 06/77053442 - 3350 - Fax: 3372;
- Dr.ssa Fabiana Ianni - Collaboratore amministrativo professionale - Tel.int.: 06/77053257

Il Direttore della U.O.C.
Atti e Procedimenti Giuridico Amministrativi,
Contratti e Convenzioni



Il Direttore Amministrativo
Dott. Massimiliano Gerli



All. come sopra



Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata"

Via dell'Amba Aradam, 9 - 00184 ROMA - Tel. (06) 77051-Fax 77053253 - C.F. e P.IVA 04735061006 - Cod. Attività 8511.2
L.R. Lazio 16.06.94, n.18 - D.G.R. Lazio 30.06.94, n.5163

Al Direttore della U.O.C. Atti e Procedimenti
Giuridico Amministrativi, Contratti e Convenzioni

SEDE

Il/ La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, dipendente di questa
Azienda, con la qualifica di _____ in servizio
presso la U.O.C di _____ Tel. Interno _____

CHIEDE

**L'autorizzazione, ai sensi dell'art. 53, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i, a svolgere
l'incarico /attività di:**

(indicare l'oggetto dell'attività od incarico in modo sintetico ed esaustivo)

Dati soggetto conferente:

Denominazione _____

Sede Legale: Via / Piazza _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice fiscale n. _____

Partita IVA n. _____

Descrizione modalità di svolgimento attività od incarico :

Indicazione (anche in via presuntiva) :

- Impegno orario svolgimento attività o incarico : _____

Data Iniziale attività o incarico _____ Data Finale attività o incarico _____

Sede di svolgimento attività od incarico :

Via / Piazza _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

- Compenso previsto per lo svolgimento attività o incarico (anche in via presuntiva):

€ _____ importo lordo importo netto

(N.B. precisare se trattasi di importo lordo o netto barrando la casella d'interesse; qualora non sia previsto alcun compenso indicare la cifra 0,00)

Dati soggetto preposto all'erogazione dell'eventuale compenso previsto:

Denominazione _____

Sede Legale: Via / Piazza _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice fiscale n. _____

Partita IVA n. _____

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni Il/ La sottoscritto/a consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 medesimo DPR

D I C H I A R A

- che l'incarico non rientra tra i propri compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- che non sussistono motivi di incompatibilità e di conflitto di interesse, anche potenziale che pregiudichi l'esercizio imparziale delle proprie funzioni istituzionali, secondo quanto previsto dalla vigente normativa e dal regolamento aziendale in materia;
- che l'incarico verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio, senza utilizzare beni, mezzi, ed attrezzature dell'Azienda Ospedaliera;
- che sarà assicurato, in ogni caso, il tempestivo, puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- che l'incarico avrà carattere saltuario ed occasionale

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma,

Il dichiarante

Nulla osta del Responsabile del Servizio (*) vedi nota a pagina successiva

(*) il nulla osta deve essere apposto della U.O.C. D.A.I.O.R.T. (in caso di personale infermieristico, ostetrico, riabilitativo e tecnico – sanitario) ovvero, per tutto il restante personale, dal Responsabile della Unità Operativa di appartenenza del dipendente interessato o comunque, in caso di Dirigente di Unità Operativa Semplice o Complessa dal proprio diretto superiore gerarchico (Direttore di U.O.C., Direttore di Dipartimento ove costituito ovvero Direttore Sanitario o Amministrativo).

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la presente è inoltrata: (barrare la voce di interesse)

- 1 - via fax o mezzo posta, tramite un incaricato, allegando copia fotostatica del documento di riconoscimento;
- 2 - con strumenti telematici se sottoscritta mediante firma digitale o con l'uso della carta d'identità elettronica.
- 3 - la firma del dichiarante viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione senza autenticazione della sottoscrizione.

Si allega la seguente documentazione (lettera di incarico e/o altra eventuale documentazione, comprovante il conferimento dell'incarico in commento): _____

Roma,

Firma apposta in mia presenza

L'impiegato addetto alla ricezione
