

Deliberazione del Direttore Generale

N. 19/2017 del 20/01/2017

OGGETTO: Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del d.lgs. n.165/2001): esame della situazione e provvedimenti in merito. Nessun onere per la Fondazione.

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del **Dott. Germano Pellegata**

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DOTT. SSA MAURIZIA FICARELLI

IL DIRETTORE SANITARIO

DOTT. ANGELO CORDONE

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

DOTT. FABRIZIO TAGLIAVINI

UOC RISORSE UMANE

OGGETTO: Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del D.lgs. n.165/2001): esame della situazione e provvedimenti in merito. Nessun onere per la Fondazione.

IL DIRETTORE GENERALE

Visti il Decreto Legislativo 30/12/1992 n. 502 ed in particolare gli artt. 3 e 3bis ed il Decreto Legislativo 19/06/1999 n. 229;

Vista la Legge 7/8/1990 n.241 e s.m.i. "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";

Vista la Legge Regionale 30/12/2009 n. 33, riguardante il Testo unico delle Leggi Regionali in materia di sanità, come modificata dalla Legge Regionale 11 Agosto 2015 n. 23: "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della Legge Regionale 30/12/2009 n. 33";

Visto il D.lgs. 16 ottobre 2003 n. 288 "Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a norma dell'articolo 42, comma 1 della Legge 16 Gennaio 2003 n. 3", recante disposizioni sugli Statuti degli Istituti trasformati in Fondazioni;

Visto il Decreto del Ministero della Salute del 28 Aprile 2006 con cui è stata disposta la trasformazione dell'IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" in Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta";

Visto lo Statuto della Fondazione, approvato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione 6 Febbraio 2012 n. III/9, su cui la Regione Lombardia ha espresso il proprio parere di congruità con deliberazione della Giunta Regionale 7 Marzo 2012 n.3080;

Visto l'art. 16 dello Statuto della Fondazione in merito alle competenze del Direttore Generale;

Visto il Decreto della Regione Lombardia n. 310 del 23/12/2015 avente ad oggetto: "Determinazione in ordine alla Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta";

Vista la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/4 del 30/12/2015 con la quale viene nominato Direttore Generale della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano, il Dott. Germano Pellegata, a far tempo dal 1 Gennaio 2016;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

ATTESO che con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/73 del 25/10/2016 è stato approvato il "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del D.lgs. n.165/2001)";

TENUTO CONTO che al fine della completa attuazione del suddetto Regolamento è necessario predisporre l'apposita modulistica, sulla base delle procedure ivi descritte;



Handwritten signature and date: 1/12

VISTI gli schemi di moduli predisposti relativi al "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del D.lgs. n.165/2001)" da utilizzare da parte del personale dipendente al fine di presentare le apposite istanze, allegati al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

TENUTO CONTO che l'art. 9 "Procedura per il rilascio dell'autorizzazione" del Regolamento in questione prevede tra l'altro che "- omissis - sulla base della richiesta delle relative dichiarazioni e dell'istruttoria del caso - omissis - il Direttore Generale rilascia l'autorizzazione o il suo motivato diniego tramite apposita nota inviata all'interessato";

ATTESO che si ritiene opportuno delegare, al termine del relativo procedimento amministrativo previsto dal suddetto art. 9 del Regolamento oggetto della presente deliberazione, al Direttore Sanitario o al Direttore Amministrativo, ciascuno per il personale afferente, l'autorizzazione ovvero il diniego alle istanze, demandando ad apposito provvedimento annuale la presa d'atto da parte del Direttore Generale di tali autorizzazioni;

DATO ATTO che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Direttore dell'UOC Risorse Umane, che ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo per quanto di competenza, così come previsto dall'art. 3 del Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Scientifico, così come previsto dall'art. 17 dello Statuto della Fondazione Besta;

DELIBERA

di dare atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

- 1) di prendere atto che con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/73 del 25/10/2016 è stato approvato il "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del D.lgs. n.165/2001)";



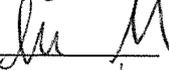
- 2) di approvare, al fine della completa attuazione del suddetto Regolamento, gli schemi di moduli relativi al "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del D.lgs. n.165/2001)", da utilizzare dal personale dipendente al fine di presentare le apposite istanze, allegati al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- 3) di delegare, al termine del relativo procedimento amministrativo previsto dall'art. 9 del Regolamento oggetto della presente deliberazione, al Direttore Sanitario o al Direttore Amministrativo, ciascuno per il personale afferente, l'autorizzazione ovvero il diniego alle istanze, demandando ad apposito provvedimento annuale la presa d'atto da parte del Direttore Generale di tali autorizzazioni;
- 4) di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun onere di spesa a carico della Fondazione;
- 5) di demandare gli adempimenti amministrativi di che trattasi derivanti dalla presente al Direttore dell'UOC Risorse Umane;
- 6) di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi dell'art. 17 comma 6 della Legge Regionale n. 33/2009 e ss.mm.ii. disponendone la pubblicazione on line;
- 7) di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale della Fondazione.

Parere favorevole:

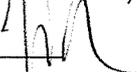
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott.ssa Maurizia FICARELLI)



IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Angelo CORDONE)



IL DIRETTORE SCIENTIFICO (Dott. Fabrizio TAGLIAVINI)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Germano PELLEGGATA)



Il Responsabile del procedimento:

Il Direttore dell'UOC Risorse Umane - Dott. Marco Losi



| | |
|--|---|
|  Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta | AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' ESTERNA |
| Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia | COD.: MOD 226 |

Alla UOC RISORSE UMANE
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI
(ART. 53 D.LGS. N. 165/2001 e s.m.i. – REGOLAMENTO IN MATERIA DI INCOMPATIBILITA' E
AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE)

Il sottoscritto _____ matr. n. _____
 nato a _____ (____) il ____ / ____ / _____ residente a _____ (____)
 in Via _____ recapito telefonico _____
 dipendente a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____
 in servizio presso UOC/Struttura _____
 Dipartimento _____

consapevole di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di compatibilità con il rapporto di lavoro pubblico a tempo pieno o a tempo parziale con attività lavorativa superiore al 50% di quella a tempo intero

**CHIEDE ENTRO I 30 GIORNI PRECEDENTI ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO
DI ESSERE AUTORIZZATO**

a svolgere il seguente incarico occasionale, retribuito/non retribuito, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Amministrazione:

(descrizione dell'oggetto dell'incarico) _____

 _____ ed a tal fine

DICHIARA

- che l'incarico ha ad oggetto la seguente attività (allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico):
 _____;
- che il soggetto conferente è:
 denominazione _____
 sede _____
 codice fiscale/partita IVA _____
 natura giuridica di diritto pubblico/ natura giuridica di diritto privato (barrare opzione che interessa);
- che l'incarico verrà svolto per un periodo dal _____ al _____ per n. ore _____
 articolate su n. _____ giorni lavorativi presso _____;
- che l'importo (eventualmente presunto) del compenso è di € _____;
- che l'incarico non rientra tra i compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza, e lo svolgimento dello stesso non incide nel puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- che le prestazioni oggetto dell'incarico non sono riconducibili ad attività libero-professionale;
- che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
- che l'impegno complessivo di tempo annuo di cui al Regolamento in materia della Fondazione non è stato superato;
- che non sussistono cause di incompatibilità, sia di diritto sia di fatto;
- che, in caso di incarico di consulenza a carattere scientifico, si forniscono i seguenti elementi di valutazione del conflitto di interessi (vedasi art. 11 Regolamento in materia della Fondazione) _____
 _____;
- di non svolgere altri incarichi/di svolgere altri incarichi quali: _____;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di cui sopra e che il suddetto incarico non rientra tra le fattispecie di incompatibilità assoluta;
- che le informazioni relative all'incarico sopra descritto corrispondono al vero.





Data: Rev.: 0
 Pagina 1 di 3
 Emesso da: UOC Risorse Umane

AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' ESTERNA

COD.: MOD 226

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci (si allega fotocopia di un documento di identità)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati o delle situazioni dichiarate nella presente richiesta, in particolare al sopravvenire di situazioni anche potenziali di incompatibilità e/o conflitto di interessi e si impegna a recedere o cessare dallo svolgimento dell'incarico qualora venissero accertate cause o situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (firma leggibile) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (firma leggibile) _____

PARERI DA ACQUISIRE PER IL PERSONALE AFFERENTE AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E UFFICI DI STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Responsabile della struttura di appartenenza** dott./dott.ssa _____ esprime

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____ Il Responsabile della Struttura di appartenenza _____

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/DIRETTORE GENERALE

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore del Dipartimento Amministrativo** dott./dott.ssa _____ ovvero, per gli uffici di Staff della Direzione Generale, il **Direttore Generale** dott./dott.ssa _____ esprime:

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____ Il Direttore _____

ISTRUTTORIA DA PARTE DEL DIRETTORE UOC RISORSE UMANE

Da quanto dichiarato nella modulistica e dalla documentazione allegata, preso atto dei suddetti pareri favorevoli, si esprime parere favorevole all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Data _____ Il Direttore UOC Risorse Umane _____

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Da quanto dichiarato nella modulistica e dalla documentazione allegata, preso atto dei suddetti pareri favorevoli, il sottoscritto **Direttore Amministrativo** dott./dott.ssa _____

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

l'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____ Il Direttore Amministrativo _____



AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' ESTERNA

COD.: MOD 226

**PARERI DA ACQUISIRE PER IL PERSONALE NON AFFERENTE AL DIPARTIMENTO
AMMINISTRATIVO E UFFICI DI STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**
PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA *(da acquisire prima dell'inoltro)*

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Responsabile della struttura di appartenenza** dott./dott.ssa _____ esprime:

 PARERE FAVOREVOLE
 PARERE NEGATIVO

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Responsabile della Struttura di appartenenza _____

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE SITRA *(da acquisire prima dell'inoltro)*

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore del Dipartimento** dott./dott.ssa _____ ovvero, per il solo personale del comparto sanitario afferente, il **Responsabile SITRA** dott./dott.ssa _____ esprime:

 PARERE FAVOREVOLE
 PARERE NEGATIVO

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore di Dipartimento/Responsabile SITRA _____

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO *(da acquisire prima dell'inoltro)*

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore Sanitario** _____ esprime:

 PARERE FAVOREVOLE
 PARERE NEGATIVO

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore Sanitario _____

PARERE DEL DIRETTORE SCIENTIFICO *(da acquisire prima dell'inoltro solo per il personale Dirigente)*

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore Scientifico** dott./dott.ssa _____ esprime:

 PARERE FAVOREVOLE
 PARERE NEGATIVO

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore Scientifico _____

ISTRUTTORIA DA PARTE DEL DIRETTORE UOC RISORSE UMANE

Da quanto dichiarato nella modulistica e dalla documentazione allegata, preso atto dei suddetti pareri favorevoli, si esprime parere favorevole all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Data _____ Il Direttore UOC Risorse Umane _____

AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DIRETTORE SANITARIO

Da quanto dichiarato nella modulistica e dalla documentazione allegata, preso atto dei suddetti pareri favorevoli, il sottoscritto **Direttore Sanitario** dott./dott.ssa _____

 AUTORIZZA
 NON AUTORIZZA

l'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore Sanitario _____

Data: Rev.: 0

Pagina 3 di 3

Emesso da: UOC Risorse Umane

Fondazione I.R.C.C.S.
Istituto Neurologico Carlo Besta

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia**INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI – PERSONALE DEL
COMPARTO CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE
NON SUPERIORE AL 50%**

COD.: MOD 227

Alla UOC RISORSE UMANE
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta**INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI – PERSONALE DEL COMPARTO CON RAPPORTO DI
LAVORO A TEMPO PARZIALE NON SUPERIORE AL 50%****(ART. 53 D.LGS. N. 165/2001 e s.m.i. – REGOLAMENTO IN MATERIA DI INCOMPATIBILITA' E
AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE)**

Il sottoscritto _____ matr. n. _____
nato a _____ () il ___ / ___ / _____ residente a _____ ()
in Via _____ recapito telefonico _____
dipendente a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____
in servizio presso UOC/Struttura _____
Dipartimento _____

Titolare di rapporto di lavoro a tempo parziale, con prestazione lavorativa non superiore al 50% di quella a tempo pieno
consapevole di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di compatibilità con il rapporto di lavoro pubblico a tempo
parziale con attività lavorativa non superiore al 50% di quella a tempo intero

**CHIEDE ENTRO I 30 GIORNI PRECEDENTI ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO
DI ESSERE AUTORIZZATO**

a svolgere il seguente incarico occasionale, retribuito/non retribuito, non compreso nei compiti e doveri
d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Amministrazione:
(descrizione dell'oggetto dell'incarico) _____

_____ ed a tal fine

DICHIARA

- che l'incarico ha ad oggetto la seguente attività (allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico):
_____;
- che il soggetto conferente è:
denominazione _____
sede _____
codice fiscale/partita IVA _____
 natura giuridica di diritto pubblico/ natura giuridica di diritto privato (barrare opzione che interessa);
- che l'incarico verrà svolto per un periodo dal _____ al _____ per n. ore _____ articolate su
n. _____ giorni lavorativi presso _____;
- che l'importo (eventualmente presunto) del compenso è di € _____;
- che l'incarico non rientra tra i compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza, e lo svolgimento
dello stesso non incide nel puntuale e corretto svolgimento dei compiti d'ufficio;
- che l'incarico non è svolto presso strutture ospedaliere pubbliche o private e non ha ad oggetto la stessa attività
svolta presso la Fondazione
- che l'incarico non comporta un impegno orario superiore al 50% dell'impegno orario dovuto presso la Fondazione;
- che le prestazioni oggetto dell'incarico non sono riconducibili ad attività libero-professionale;
- che l'incarico sarà svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
- che non sussistono cause di incompatibilità, sia di diritto sia di fatto;
- che, in caso di incarico di consulenza a carattere scientifico, si forniscono i seguenti elementi di valutazione del
conflitto di interessi (vedasi art. 11 Regolamento in materia della Fondazione) _____
- di non svolgere altri incarichi/di svolgere altri incarichi quali: _____;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di cui sopra e
che il suddetto incarico non rientra tra le fattispecie di incompatibilità assoluta;
- che le informazioni relative all'incarico sopra descritto corrispondono al vero.

Data: Rev.: 0
Pagina 1 di 3
Emesso da: UOC Risorse Umane

Fondazione I.R.C.C.S.
Istituto Neurologico Carlo Besta

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia**INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI – PERSONALE DEL
COMPARTO CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE
NON SUPERIORE AL 50%**

COD.: MOD 227

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci (si allega fotocopia di un documento di identità)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati o delle situazioni dichiarate nella presente richiesta, in particolare al sopravvenire di situazioni anche potenziali di incompatibilità e/o conflitto di interessi e si impegna a recedere o cessare dallo svolgimento dell'incarico qualora venissero accertate cause o situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (firma leggibile) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (firma leggibile) _____

**PARERI DA ACQUISIRE PER IL PERSONALE AFFERENTE AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E
UFFICI DI STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE****PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA***(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)*

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Responsabile della struttura di appartenenza** dott./dott.ssa _____ esprime

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____ Il Responsabile della Struttura di appartenenza _____

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/DIRETTORE GENERALE*(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)*

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore del Dipartimento Amministrativo** dott./dott.ssa _____ ovvero, per gli uffici di Staff della Direzione Generale, il **Direttore Generale** dott./dott.ssa _____ esprime:

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____ Il Direttore _____

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO*(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)*

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore Amministrativo** dott./dott.ssa _____ esprime:

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta,

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____ Il Direttore Amministrativo _____

Data: Rev.: 0
Pagina 2 di 3
Emesso da: UOC Risorse Umane

**INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI – PERSONALE DEL
COMPARTO CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE
NON SUPERIORE AL 50%**

COD.: MOD 227

**PARERI DA ACQUISIRE PER IL PERSONALE NON AFFERENTE AL DIPARTIMENTO
AMMINISTRATIVO E UFFICI DI STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Responsabile della struttura di appartenenza** dott./dott.ssa _____ esprime

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Responsabile della Struttura di appartenenza _____

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE SITRA

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore del Dipartimento** dott./dott.ssa _____ ovvero, per il solo personale del comparto sanitario afferente, il **Responsabile SITRA** dott./dott.ssa _____ esprime:

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore di Dipartimento/Responsabile SITRA _____

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse con l'attività svolta dal dipendente anche potenziale, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore Sanitario** _____ esprime:

PARERE FAVOREVOLE **PARERE NEGATIVO**

all'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta.

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore Sanitario _____

ISTRUTTORIA DA PARTE DEL DIRETTORE UOC RISORSE UMANE

Da quanto dichiarato nella modulistica e dalla documentazione allegata, preso atto dei suddetti pareri favorevoli, si esprime parere favorevole allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Data _____

Il Direttore UOC Risorse Umane _____

NOTA BENE: come previsto dal Regolamento vigente in materia, "il procedimento autorizzativo termina con l'adozione di apposita deliberazione nella quale il Direttore Generale rilascia l'autorizzazione o il suo motivato diniego"



Data: Rev.: 0
Pagina 3 di 3
Emesso da: UOC Risorse Umane

**INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI SOGGETTI
A PREVENTIVA COMUNICAZIONE**

COD.: MOD 228

Alla UOC RISORSE UMANE
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

**INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI SOGGETTI A PREVENTIVA COMUNICAZIONE
(ART. 53 D.LGS. N. 165/2001 e s.m.i. - REGOLAMENTO IN MATERIA DI INCOMPATIBILITA' E
AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE)**

Il sottoscritto _____ matr. n. _____
nato a _____ (____) il ____ / ____ / _____ residente a _____ (____)
in Via _____ recapito telefonico _____
recapito telefonico _____
dipendente a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____
in servizio presso UOC/Struttura _____
Dipartimento _____

consapevole di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di compatibilità con il rapporto di lavoro pubblico a tempo pieno o a tempo parziale con attività lavorativa superiore al 50% di quella a tempo intero

**COMUNICA PREVENTIVAMENTE ED ENTRO I 30 GIORNI PRECEDENTI ALLO SVOLGIMENTO
DELL'INCARICO**

che svolgerà il seguente incarico occasionale, retribuito/non retribuito, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Amministrazione:

- collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- partecipazione a convegni e seminari in qualità di relatore o moderatore;
- incarico per il quale è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- incarico per lo svolgimento del quale il dipendente è posto in posizione di aspettativa, comando o fuori ruolo;
- incarico conferito dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse, in posizione di comando o in aspettativa non retribuita;
- incarico conferito per attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica
- incarico svolto a titolo gratuito, conferito mediante atto o provvedimento da associazioni di volontariato, cooperative sociali, organizzazioni non governative o altri enti e istituzioni senza scopo di lucro, ovvero incarico conferito, sempre a titolo gratuito, avente ad oggetto attività sportive ed artistiche
- altro - incarico che per espressa disposizione normativa non è soggetto ad autorizzazione:

(barrare opzione che interessa)

ed a tal fine

DICHIARA

- che l'incarico ha ad oggetto la seguente attività (allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico):

- che il soggetto conferente è:
denominazione _____
sede _____
 natura giuridica di diritto pubblico natura giuridica di diritto privato (barrare opzione che interessa);
- che l'incarico verrà svolto per un periodo dal _____ al _____ per n. ore _____
articolate su n. _____ giorni lavorativi presso _____;
- che l'importo (eventualmente presunto) del compenso è di € _____;
- che l'incarico, le cui prestazioni non sono riconducibili ad attività libero-professionale, non arrecherà pregiudizio al puntuale, corretto e regolare svolgimento dell'attività istituzionale e dei compiti d'ufficio;
- che l'incarico non è soggetto all'autorizzazione ma alla comunicazione dal Regolamento vigente della Fondazione;
- che l'attività in argomento non è svolta per ragioni istituzionali né strettamente connessa all'incarico conferito

Data: Rev.: 0
Pagina 1 di 3
Emesso da: UOC Risorse Umane



INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI SOGGETTI A PREVENTIVA COMUNICAZIONE

COD.: MOD 228

- che l'incarico di cui trattasi verrà svolto al di fuori dell'orario di lavoro;
- di non svolgere altri incarichi/di svolgere altri incarichi quali: _____
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di cui sopra e che il suddetto incarico non rientra tra le fattispecie di incompatibilità assoluta;
- che non sussistono motivi di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico;
- che le informazioni relative all'incarico sopra descritto corrispondono al vero.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci (si allega fotocopia di un documento di identità)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati o delle situazioni dichiarate nella presente richiesta, in particolare al sopravvenire di situazioni anche potenziali di incompatibilità e/o conflitto di interessi e si impegna a recedere o cessare dallo svolgimento dell'incarico qualora venissero accertate cause o situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (firma leggibile) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 circa il trattamento dei dati personali forniti dal dichiarante saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della pubblicazione sul sito aziendale.

Luogo e data _____ Il Dichiarante (firma leggibile) _____

PARERI DA ACQUISIRE PER IL PERSONALE NON AFFERENTE AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E UFFICI DI STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con l'attività svolta dal dipendente, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Responsabile della struttura di appartenenza** - dott./dott.ssa _____ esprime

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

relativamente allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Responsabile della Struttura di appartenenza _____

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE SITRA

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con l'attività svolta dal dipendente, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore del Dipartimento** - dott./dott.ssa _____ ovvero per il solo personale del comparto sanitario afferente **Responsabile SITRA** - dott./dott.ssa _____ esprime:

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

relativamente allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore di Dipartimento/Responsabile SITRA _____

ISTRUTTORIA DA PARTE DEL DIRETTORE UOC RISORSE UMANE

Da quanto dichiarato nella modulistica e dalla documentazione presentata, preso atto dei suddetti pareri favorevoli, non si ravvisano profili contrari allo svolgimento dell'attività oggetto della presente modulistica.

Data _____

Il Direttore UOC Risorse Umane _____

Data: Rev.: 0

Pagina 2 di 3

Emesso da: UOC Risorse Umane



**INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI SOGGETTI
A PREVENTIVA COMUNICAZIONE**

COD.: MOD 228

**PARERI DA ACQUISIRE PER IL PERSONALE AFFERENTE AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E
UFFICI DI STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con l'attività svolta dal dipendente, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Responsabile della struttura di appartenenza** dott./dott.ssa _____ esprime

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

relativamente allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Responsabile della Struttura di appartenenza _____

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO/DIRETTORE GENERALE

(da acquisire a cura dell'interessato prima dell'inoltro)

In ragione della continuità e/o della gravosità dell'impegno richiesto e in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con l'attività svolta dal dipendente, che possano pregiudicare la prestazione lavorativa, l'esercizio imparziale delle funzioni e l'interesse prevalente della Fondazione, il sottoscritto **Direttore del Dipartimento Amministrativo** dott./dott.ssa _____ ovvero, per gli uffici di Staff della Direzione Generale, il **Direttore Generale** dott./dott.ssa _____ esprime:

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

relativamente allo svolgimento dell'incarico di cui alla presente richiesta

Motivazioni relative ad eventuale parere negativo: _____

Data _____

Il Direttore _____

ISTRUTTORIA DA PARTE DEL DIRETTORE UOC RISORSE UMANE

Da quanto dichiarato nella modulistica e dalla documentazione presentata, preso atto dei suddetti pareri favorevoli, non si ravvisano profili contrari allo svolgimento dell'attività oggetto della presente modulistica.

Data _____

Il Direttore UOC Risorse Umane _____

NOTA BENE: Come previsto dal Regolamento vigente in materia, "ove non vi sia espresso diniego da parte dell'Azienda, decorsi 15 giorni dalla ricezione della comunicazione, il silenzio deve intendersi quale assenza di rilievi da parte dell'Amministrazione (cosiddetto silenzio assenso)"



Proposta di deliberazione dell'**U.O.C. RISORSE UMANE**

Oggetto: Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del d.lgs n.165/2001): esame della situazione e provvedimenti in merito.
Nessun onere per la Fondazione.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta di delibera sopra citata.

IL DIRETTORE DELL'UOC RISORSE UMANE
(Dott. Marco Losi)



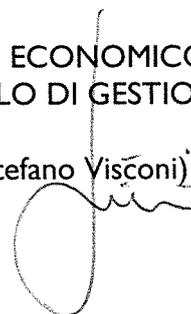
Data19.12.2016.....

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

Il Responsabile dell'UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione attesta che la delibera in oggetto non comporta alcun onere a carico della Fondazione.

IL DIRETTORE DELL'UOC ECONOMICO FINANZIARIA E
CONTROLLO DI GESTIONE

(Dott. Stefano Visconi)



Data ..19/12/2016.....

