



Modello B/I

Comunicazione di incarico/attività extra istituzionale

Al Direttore UOC Personale

Il/la sottoscritto/a COLUZZI MARIALISA, nata/a a NORMA (LT) il 08/12/1964,
 residente a LATINA, Prov. LT, Via F. W. BAPPIERA, 19
 Tel. Cell. 333 1085438, e-mail M.COLUZZI@AUSL-LATINA.IT
 C. F. CLZML564T48F937T, in servizio presso UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO - PATR. PROF. E
 in qualità di F.O. "FORMAZIONE TIRO CIVIL STAGE"

COMUNICA

Che intende svolgere l'incarico/attività extra istituzionale di cui si allega proposta di conferimento, consistente in (breve descrizione dell'incarico o attività) CONSIGLIERE FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROF. OSTETRICA (FNOPD)
 Conferito da (indicare la denominazione del soggetto conferente) CONSIGLIO NAZIONALE FNOPD

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle norme penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e contenenti dati non più corrispondenti a verità, nonché dei controlli da parte di questa Azienda sulla veridicità delle dichiarazioni prestare di cui all'art. 71 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

- che il periodo di svolgimento dell'incarico/attività è il seguente: dal 2021 al 2024 (precisare eventualmente le giornate e l'articolazione delle fasce orarie);
- che l'incarico/attività verrà svolto presso (Indicare luogo e sede di svolgimento) VIA TARQUINA 5 D - ROMA o /O IL PROPRIO DOMICILIO/ALTRE SEDE RAPPRESENTATIVA
- che attualmente non svolge ovvero svolge altri incarichi/attività extra istituzionali (se si indicare quali) PRESIDENTE ORDINE PROF. OSTETRICHE LATINA / MEMBRO COM. NA. FORM. CONTINUA
- che si impegna a comunicare ogni eventuale variazione ovvero, in caso di incompatibilità sopravvenuta, a cessare immediatamente l'incarico;
- che non trattasi di incarico conferito da soggetto privato che abbia o abbia avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio di appartenenza;
- che l'incarico:
 - a) non rientra tra i propri compiti e doveri di ufficio
 - b) avrà carattere occasionale e temporaneo



- c) verrà svolto al di fuori dell'orario di servizio
- d) non comporterà alcuna interferenza con l'attività lavorativa istituzionale
- e) verrà svolto senza l'utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;
- f) prevede un compenso lordo in € QUESTIONE SEPARATA
INPS ovvero è reso a titolo gratuito ovvero con il solo rimborso delle spese documentate;
- g) non sussiste alcuna situazione di incompatibilità o conflitto di interesse anche potenziale tra l'attività oggetto dell'incarico extra istituzionale e l'attività di ufficio

Dichiara altresì, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003 e s.m.i. di essere informato che il trattamento dei propri dati personali avviene per i fini istituzionali secondo le modalità e nel rispetto del D. lgs citato.

DATA 29.4.2021

FIRMA [Signature]

PARERE del Responsabile della U.O./Dipartimento, Direttore Sanitario di Presidio, ovvero Direttore Amministrativo o Sanitario aziendale attestante l'assenza di incompatibilità e l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi tra attività extra istituzionale, si cui alla presente richiesta, ed attività svolta dal dipendente e l'insussistenza di attribuzioni specifiche che determinano rapporti (interessi economici comuni, attività di controllo o altro) tra la struttura di appartenenza ed il soggetto che conferisce l'incarico extra istituzionale e che il suddetto incarico non pregiudica il corretto e regolare svolgimento delle attività di servizio tenuto conto anche di altri incarichi autorizzati.

Visto si esprime parere favorevole

Visto si esprime parere non favorevole per la seguente motivazione _____

Data 29.4.2021



Firma [Signature]

N. B. Al presente modulo deve essere allegata la proposta di incarico conferita al soggetto esterno conferente, con l'indicazione di tutti gli elementi di cui all'art. 3.a, punto 8, della procedura allegata al Regolamento aziendale in materia di incarichi extra istituzionali, nonché copia del documento di identità, nonché il parere del Dirigente Responsabile della U.O. di appartenenza.

[Signature]