

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"
FACOLTÀ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA

Richiesta di autorizzazione, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/01 e s.m.i. e dell'art. 6 della L. n. 240/10 e s.m.i., allo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali da parte dei professori, ricercatori anche a tempo determinato e assistenti del ruolo ad esaurimento.

La presente richiesta dovrà essere presentata almeno 30 gg. prima dell'inizio dell'attività stessa e, comunque non oltre 7 giorni dalla comunicazione dell'incarico.

L'attività non può in alcun modo avere luogo senza il rilascio della preventiva autorizzazione.

In presenza di incarichi conferiti precedentemente ad assunzione, trasferimento od opzione per il regime a tempo pieno, al fine del completamento dei medesimi e per verificare la compatibilità con il diverso regime, deve essere presentata nuova domanda.

Da compilare a cura del richiedente

Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Cognome e nome:

Codice Fiscale:

Qualifica Tempo Pieno/Definito/Determinato: _____

SSD: _____

Dipartimento di _____

Ente che conferisce l'incarico:

Tipologia:

- Ente Pubblico
- Ente Privato
- Estero

Codice Fiscale/Partita IVA dell'Ente conferente _____

Sede Legale Ente: _____

Oggetto dell'incarico

Data inizio incarico: _____

Data fine incarico: _____

Importo lordo del compenso: _____

(nel caso non fosse stato ancora stabilito l'ammontare del compenso, il sottoscritto si impegna fin d'ora a comunicarlo all'amministrazione entro quindici giorni dalla formalizzazione del medesimo importo).

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del "Regolamento per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali dei professori e ricercatori universitari", che il presente incarico riveste carattere occasionale e che il suo svolgimento non ostacolerà in alcun modo il corretto adempimento degli obblighi istituzionali con riferimento anche al proprio impegno orario complessivo.

Tale incarico è altresì coerente con gli interessi disciplinari del sottoscritto.

Data

Firma

RIQUADRO OBBLIGATORIO PER I DOCENTI DI MATERIE CLINICHE

Il sottoscritto dichiara inoltre che il suddetto incarico (spuntare la voce che interessa)

- riguarda
- NON** riguarda

anche indirettamente attività assistenziali o di coordinamento assistenziale disciplinate dagli artt.15, 15bis, 15ter,15quarter e 15quinquies del D. Lgs. n. 229/99 e s.m.i.

Firma

Azienda di appartenenza _____ - Direzione Generale

Vista l'istanza di cui sopra, si autorizza per quanto di competenza lo svolgimento dell'incarico connesso con l'attività extramuraria assistenziale, limitatamente alle attività sopra descritte e per il periodo indicato nella richiesta

Data _____

Prot. Direzione Generale/univ. n. _____

Firma

VISTO il parere favorevole del Direttore del Dipartimento di
prot. univ n. del

VISTO quanto sopra si attesta l'accoglimento della domanda

- si autorizza
- NON** si autorizza

ai sensi normativa vigente e del "Regolamento per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali dei professori e ricercatori universitari" dell' Università di Roma La Sapienza emanato con D.R. n. 2341/2013

Data _____

Prot. Presidenza _____

Il Preside
Facoltà di Medicina e Odontoiatria
