

LE RICHIESTE DI AUTORIZZAZIONE NON CONTENENTI TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PRESENTE MODULO NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE

LA TRASMISSIONE ANDRA' INOLTATA PER E-MAIL
al Direttore del Dipartimento di afferenza – Segreteria Amministrativa Contabile

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi L'Aquila

Per tramite del:
Direttore del Dipartimento di

e-mail (Segreteria Amministrativa Contabile) _____

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITÀ CONSULENZA

ai sensi dell'Art. 53 del D.lgs. 30 marzo 2001 N. 165 e ss.mm. ii. e dell'**ART. 3 COMMA 4 LETTERA G** del Regolamento sugli incarichi esterni dei professori e dei ricercatori dell'Università degli Studi dell'Aquila D.R. n. 1445 del 28/10/2019

Il/La sottoscritto/a.....

Codice fiscale.....

nato/a..... il

in servizio presso questo Ateneo in qualità di (qualifica)

SSD..... Tempo pieno Tempo definito Tempo determinato

Presso il Dipartimento

tel; n. cellulare; e-mail

consapevole di quanto previsto in materia di compatibilità con il regime d'impegno a Tempo Pieno dalla normativa vigente

c h i e d e

di essere autorizzato/a a svolgere l'incarico di consulenza esterno propostogli/le da:

(denominazione ed indirizzo ente o soggetto che conferisce l'incarico, specificando se ente pubblico ovvero privato)

.....

.....

ente pubblico

privato

Codice Fiscale/Partita IVA Ente conferente:

A tal fine dichiara che l'incarico postogli/le ha per oggetto la seguente attività

.....
.....
.....
.....
.....

Allegare e descrivere la documentazione relativa all'incarico (contratto; bando; lettera di incarico; ecc.), indicando eventuali riferimenti normativi (**attenzione: documentazione obbligatoria**)

Descrizione della documentazione allegata:

.....
.....

L'attività verrà svolta per un periodo dal al

(attenzione!!! l'autorizzazione non può avere valore retroattivo)

con un impegno previsto di: n.ore totali
n.giornate lavorative

L'importo lordo (eventualmente presunto) del compenso è pari a €

Eventuali note su date di svolgimento e importo compenso:

.....
.....
.....
.....

Ha già precedentemente svolto attività presso il committente indicato: SI NO

SE SI, INDICARE: OGGETTO DELL'INCARICO SVOLTO; PERIODO DI SVOLGIMENTO; GLI ESTREMI DELL'AUTORIZZAZIONE RICEVUTA

.....
.....

.....
.....
Ha già precedentemente svolto attività di consulenza presso altri committenti? Sì NO

SE SÌ, indicare l'oggetto dell'incarico già svolto, il committente ed il periodo di riferimento:

.....
.....
.....

L'attività verrà svolta in regime di partita IVA SÌ NO

(ATTENZIONE: se l'incarico viene svolto in **regime di partita IVA**, occorre altresì compilare il modello relativo di dichiarazione - **Allegato 1**)

Dichiara che:

- l'incarico in questione non è in contrasto con le disposizioni del Regolamento sugli incarichi esterni dei professori e dei ricercatori dell'Università degli Studi dell'Aquila e non presenta ostacoli al corretto e regolare adempimento dei propri compiti istituzionali anche tenuto conto degli incarichi precedentemente autorizzati e ancora in essere
- non è in concorrenza o in conflitto di interessi, anche potenziale, con le funzioni svolte presso l'Università
- L'incarico non interferirà con il regolare esercizio dell'attività istituzionale e che ha adempiuto agli obblighi istituzionali relativi all'anno precedente e in corso
- ha carattere di occasionalità
- non ha carattere abituale, continuativo e sistematico e non è assimilabile ad attività libero-professionale

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza e comunque di essere stato previamente avvertito/a delle sanzioni comminate dalla legge per le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e per l'uso dei medesimi, la falsità in atti e per l'uso dei medesimi, previste dall'art 76 del DPR 445 del 28/12/2000. L'Amministrazione si riserva di effettuare idonei controlli circa quanto dichiarato.

Data

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E DEL REGOLAMENTO UE 679/2016
(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e ss.mm. ii. e art. 13-14 del Regolamento UE 679/2016)

 sottoscritt dichiara di essere informato/a che l'Università degli Studi dell'Aquila è titolare del trattamento dei dati personali conferiti e che il trattamento stesso sarà effettuato, nel rispetto del d.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE679/2016, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di legge compresi quelli di pubblicazione di cui all'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii

Luogo e data.....

Firma.....

ALLEGATO 1

ATTIVITÀ SVOLTA IN REGIME DI PARTITA IVA

modulo da compilare se la richiesta di incarico rientra tra le attività descritte nell'art. 7 comma 1 lettera d) del regolamento sugli incarichi esterni dei professori e dei ricercatori dell'università degli studi dell'aquila

Il/La sottoscritto/a

ad integrazione della richiesta, relativa all'**incarico svolto in regime di partita IVA** denominato:

conferito da:

DICHIARA

che l'attività oggetto dell'incarico:

- è compatibile con il regime di tempo pieno in quanto (dimostrare la compatibilità):

- ha carattere di occasionalità
- non ha carattere abituale, continuativo e sistematico e non è assimilabile ad attività libero-professionale
- il percepito complessivo annuo delle attività svolte non è superiore al reddito derivante dall'impiego pubblico

Il sottoscritto, titolare di partita IVA, presenterà, con cadenza trimestrale, un'apposita dichiarazione contenente l'indicazione delle attività svolte in regime di IVA.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza e comunque di essere stato/a previamente avvertito/a delle sanzioni comminate dalla legge per le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e per l'uso dei medesimi, la falsità in atti e per l'uso dei medesimi, previste dall'art 76 del DPR 445 del 28/12/2000. L'Amministrazione si riserva di effettuare idonei controlli circa quanto dichiarato.

Il _____

Cordiali saluti

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 (Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e ss.mm. ii. e art. 13-14 del Regolamento UE 679/2016)

Il sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che l'Università degli Studi dell'Aquila è titolare del trattamento dei dati personali conferiti e che il trattamento stesso sarà effettuato, nel rispetto del d.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE679/2016, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di legge compresi quelli di pubblicazione di cui all'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii

Luogo e data.....

Firma.....