

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

L'attività libera ex art. 2 Reg. è rimessa all'auto responsabilità del docente che comunicandola ne attesta le condizioni e la compatibilità. Solo in via di eccezione verrà emesso provvedimento, laddove il Direttore del Dipartimento ritenga che sussista una situazione di conflitto di interessi segnalando al docente che l'attività non può essere svolta.

LA TRASMISSIONE ANDRÀ INOLTATA PER E-MAIL al Direttore del Dipartimento di afferenza e al Settore AGPER

Direttore del Dipartimento di

e-mail (della Segreteria Amministrativa Contabile) _____

e p.c. Al Settore Affari Generali del Personale
Università degli Studi L'Aquila
e-mail: agper@strutture.univaq.it

OGGETTO: **COMUNICAZIONE DI ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE SCIENTIFICA E CONSULENZA**
ai sensi dell'**ART. 2 COMMA 2 LETTERA C** del Regolamento sugli Incarichi Esterni a Professori
e Ricercatori dell'Università degli Studi dell'Aquila (D.R. n. 1445 del 28/10/2019)

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a..... il

in servizio presso questo Ateneo in qualità di (qualifica)

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 o m u n i c a

il conferimento dell'incarico retribuito esterno propostogli/le da:

.....

A tal fine dichiara che l'incarico propostogli/le ha per oggetto la seguente attività di consulenza scientifica

.....

.....

L'attività verrà svolta nel periodo dal al

Impegno orario complessivo dell'incarico:

Compenso presunto:

Ha già precedentemente svolto attività presso il committente indicato? Sì NO

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

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

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:

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

Dichiara sotto la propria responsabilità che:

- a) Non sussistono le condizioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con l'Università;
- b) Lo svolgimento dell'incarico non interferirà, né recherà pregiudizio all'adempimento degli obblighi istituzionali.
- c) ha carattere di occasionalità
- d) non ha carattere abituale, continuativo e sistematico e non è assimilabile ad attività libero-professionale
- e) L'attività non verrà svolta in regime di partita IVA (in tal caso occorre richiedere autorizzazione all'incarico)

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

INFORMARTIVA 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)

__I__ 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.....