

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ dipendente di ISPRO  
nel profilo professionale/disciplina \_\_\_\_\_  
in servizio presso la Struttura \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

## CHIEDE

**l'autorizzazione preventiva** a svolgere, al di fuori dell'orario di lavoro, l'incarico di seguito indicato:

- ☐ incarico conferito da una PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;  
☐ incarico conferito da un SOGGETTO PRIVATO

- Specificare per il **SOGGETTO CONFERENTE**:

DENOMINAZIONE: \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO SEDE LEGALE:** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE:** |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- Specificare la **NATURA** e l'**OGGETTO** dell'incarico:

il suddetto incarico si svolgerà nel giorno/i \_\_\_\_\_

con impegno previsto di n. ore \_\_\_\_\_ articolate su n. \_\_\_\_\_ giornata/e.

L'incarico è:

- ☐ retribuito e il compenso lordo presunto è previsto in € \_\_\_\_\_ (\*);
- ☐ non retribuito.

Ai fini del rilascio della suddetta autorizzazione **DICHIARA** di essere consapevole di quanto dalla normativa vigente in materia nonché di essere penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 28/12/2000, n. 445).

## Data

Firma del Richiedente

**Timbro e firma Direttore/Responsabile Struttura di appartenenza o del Titolare di incarico di funzione**

**Timbro e firma del Direttore Sanitario (per il personale di area sanitaria)**

**Timbro e firma del Direttore Amministrativo (personale di area amministrativa)**