

(MODULO C)

Al Direttore di Dipartimento di _____

e p.c. alla Divisione Personale Docente
Area del Personale

L O R O S E D I

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER INCARICHI ISTITUZIONALI/GESTIONALI PRESSO SOGGETTI ESTERNI

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott.* _____ C.F.* _____

nato/a* _____ (prov. _____) il* _____ con qualifica:*

- Professore Ordinario Professore Associato Ricercatore a tempo indeterminato
 in regime di tempo pieno in regime di tempo definito

VISTO il Codice Etico dell'Università degli Studi Roma Tre (C.d.A. 19/07/2011 e S.A. e S.A.21/07/2011);

VISTO il Regolamento per la chiamata, la mobilità, i compiti didattici, il conferimento di incarichi di insegnamento e di didattica integrativa, il rilascio di autorizzazione per attività esterne dei professori e ricercatori in servizio presso l'Università degli Studi Roma Tre (S.A. 19.03.2013 C.d.A. 26.03.2013);

VISTO l'art.6 commi 10 e 12 della L.240/2011 e ss.mm.ii.;

VISTO l'art.53 del D.Lgs.165/2001 e ss.mm.ii.;

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci, così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO ALLO SVOLGIMENTO DEL SEGUENTE INCARICO
ISTITUZIONALE/GESTIONALE SENZA VINCOLO DI SUBORDINAZIONE PRESSO SOGGETTI
ESTERNI NON AVENTI SCOPO DI LUCRO**

Descrizione dell'incarico proposto* _____

Durata presunta* _____

Ente/Soggetto proponente* _____

Natura giuridica:* pubblico privato

Codice fiscale (dell'Ente/Soggetto proponente)* _____

Sede: (indirizzo completo di n.civico)* _____ cap _____

Città* _____ (prov. _____)

Referente _____ tel. _____ e_mail _____

Indicazione del periodo in cui l'incarico deve essere espletato:* dal _____ al _____

Compenso lordo:* previsto presunto € _____ gratuito

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Che lo svolgimento dell'incarico:*

- non arrecherà pregiudizio all'espletamento dell'attività istituzionale
- non arrecherà detrimento alle attività didattiche, scientifiche e gestionali affidategli dall'Università
- non comporterà un situazione di conflitto di interessi anche potenziale con l'Università degli Studi Roma Tre
- non comporterà esercizio di attività libero professionali
- non configura esercizio dell'industria e del commercio

L'incarico è conferito per dovere d'ufficio* SI NO

- **In caso di conferimento di incarico da parte di amministrazione pubblica:**

l'incarico è conferito in applicazione di una specifica norma di legge* SI NO

se sì, indicare la normativa di legge di applicazione dell'incarico _____

*indicare le ragioni del conferimento** _____

*indicare i criteri di scelta utilizzati dall'amministrazione conferente** _____

- **In caso di conferimento di incarico da parte di enti pubblici economici o privati:**

*eventuali legami dell'ente p.e. o privato con l'Università degli Studi Roma Tre** _____

Il/La sottoscritto/a nel rispetto dell'art. 3, comma 44 della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, come integrato dall'art. 13 del Decreto Legge 24 aprile 2014 n. 66, dichiara che il proprio trattamento economico onnicomprensivo non supererà quello del primo Presidente della Corte di Cassazione.

Roma,* _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE*

*Le informazioni contrassegnate dall'asterisco devono essere obbligatoriamente indicate.

Si segnala **l'OBBLIGO** da parte dell'amministrazione conferente (pubblica o privata) **di comunicare i pagamenti di qualsiasi compenso effettuati a fronte di incarichi conferiti al sottoscritto ENTRO 15 GIORNI all'Università degli Studi Roma Tre** – Area del Personale – Anagrafe delle Prestazioni, Via G. Chiabrera n.199 – 00145 Roma (RM) – tel. 06/57335245, fax 06/57335257, posta elettronica istituzionale: anagrafe.prestazioni@uniroma3.it

(PARTE RISERVATA AL DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA)

PARERE DEL DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA

Il sottoscritto Prof.* _____

in qualità di Direttore del Dipartimento di * _____

vista l'istanza presentata dal Dott. /Prof.* _____

consapevole delle norme vigenti in tema di preventiva verifica circa l'insussistenza di situazioni o cause, anche potenziali, che possano determinare un conflitto d'interesse con l'Ateneo in relazione all'autorizzazione richiesta

esprime parere* favorevole sfavorevole

Motivo: * _____

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

**Le informazioni contrassegnate dall'asterisco devono essere obbligatoriamente indicate.*

(PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE)

AUTORIZZAZIONE

Vista l'istanza per l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico presentata dal Dott./Prof.

Valutati gli aspetti di compatibilità di diritto e di fatto con le attività oggetto dell'incarico per cui si richiede l'autorizzazione rispetto all'espletamento delle attività istituzionali e le eventuali situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività di istituto svolte dal citato dipendente;

Accertate le esigenze organizzative dell'Ateneo,

Rilascia l'autorizzazione richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di autorizzazioni relative al conferimento di incarichi al personale dell'Università degli Studi Roma Tre

Non autorizza per i seguenti motivi:

Roma, _____

IL MAGNIFICO RETTORE

NOTA:

La richiesta di incarico, unitamente alla presente autorizzazione, viene rilasciata al docente interessato ed è comunicata entro 15 giorni al Dipartimento della Funzione Pubblica per gli adempimenti di legge previsti dalla normativa di legge in tema di autorizzazioni e anagrafe delle prestazioni.