|  |  |
| --- | --- |
| Nuova_immagine | **AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE**  U. O. FORMAZIONE-COMUNICAZIONE E RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ  Segreteria Organizzativa Ufficio Formazione  tel. 0875/717309-495 fax: 0875/717365 e-mail: [edoardaleonarda.cistullo@asrem.org](mailto:edoardaleonarda.cistullo@asrem.org) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCETTAZIONE INCARICO DOCENTE ESTERNO** | **MOD. 11/E** |

Evento: (Titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data evento: da (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**(scegliere solamente una delle opzioni)**

di essere dipendente pubblico presso:

(indicare Amministrazione Pubblica ed indirizzo completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere stato autorizzato/a dall’Amministrazione di appartenenza, ai sensi dell’art. 53 del D.Lg. vo n. 165/2001 e s.m.i., a svolgere l’incarico conferito.

**(obbligo di presentazione autorizzazione della Amministrazione Pubblica di appartenenza)**

* di non essere pubblico dipendente e/o che trattasi di prestazione occasionale esente IVA ai sensi del D.P.R. 633/1972 e successive modifiche. (unicamente per non dipendenti di amministrazioni pubbliche);
* di essere Libero professionista

partita IVA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

(obbligo di emissione fattura)

Accetta l’incarico conferito con comunicazione del \_\_/\_\_/\_\_, prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per i contenuti del quale, ai sensi dell’art. 48 comma 25 della L. 326/2003, dichiara che non esiste incompatibilità per conflitto di interesse.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_