

**Richiesta di autorizzazione, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs 165/01 e s.m.i. e dell'art.6 della Legge 240/10 e s.m.i., allo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali** da parte dei professori, ricercatori anche a tempo determinato e assistenti del ruolo ad esaurimento, esclusi gli incarichi per attività didattiche.

*La presente richiesta dovrà essere presentata almeno 30 gg. prima dell'inizio dell'attività stessa e, cmq non oltre 7 giorni dalla comunicazione dell'incarico*

**L'attività non può in alcun modo avere luogo senza il rilascio della preventiva autorizzazione.**

*In presenza di incarichi conferiti precedentemente ad assunzione, trasferimento od opzione per il regime a tempo pieno, al fine del completamento dei medesimi e per verificare la compatibilità con il diverso regime, deve essere presentata nuova domanda.*

**Da compilare a cura del richiedente**

---

Al Rettore (se il richiedente è Preside di Facoltà)  
Al Preside della Facoltà di \_\_\_\_\_

Cognome e nome: .....

Codice Fiscale: .....

Qualifica ..... Tempo Pieno/Definito/Determinato: \_\_\_\_\_

SSD: \_\_\_\_\_

Dipartimento di \_\_\_\_\_

Ente che conferisce l'incarico: .....

Tipologia:

- Ente Pubblico
- Ente Privato
- Estero

Codice Fiscale/Partita IVA dell'Ente conferente \_\_\_\_\_

Sede Legale Ente: \_\_\_\_\_

Oggetto dell'incarico .....

.....

Data inizio incarico: / /

Data fine incarico: / /

Importo lordo del compenso: \_\_\_\_\_

*(nel caso non fosse stato ancora stabilito l'ammontare del compenso, il sottoscritto si impegna fin d'ora a comunicarlo all'amministrazione entro quindici giorni dalla formalizzazione del medesimo importo).*

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del "Regolamento per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali dei professori e ricercatori universitari", che il presente incarico riveste carattere occasionale e che il suo svolgimento non ostacolerà in alcun modo il corretto adempimento degli obblighi istituzionali con riferimento anche al proprio impegno orario complessivo.

Tale incarico è altresì coerente con gli interessi disciplinari del sottoscritto.

Data

Firma

---

**RIQUADRO OBBLIGATORIO PER I DOCENTI DI MATERIE CLINICHE**

Il sottoscritto dichiara inoltre che il suddetto incarico (spuntare la voce che interessa)

- riguarda
- NON** riguarda

anche indirettamente attività assistenziali o di coordinamento assistenziale disciplinate dagli artt.15, 15bis, 15ter,15quarter e 15quinquies del D. Lgs 229/99 e s.m.i.

Firma

-----  
**Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_ – Direzione Generale**

Vista l'istanza di cui sopra, si autorizza per quanto di competenza lo svolgimento dell'incarico connesso con l'attività extramuraria assistenziale, limitatamente alle attività sopra descritte e per il periodo indicato nella richiesta

Data \_\_\_\_\_ Prot. Direzione Generale/univ. n. \_\_\_\_\_

Firma

VISTO parere favorevole del Direttore del Dipartimento di .....  
prot. n.....del .....

VISTO quanto sopra si attesta l'accoglimento della domanda

- si autorizza
- NON** si autorizza

ai sensi normativa vigente e del "Regolamento per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali dei professori e ricercatori universitari" dell' Università di Roma La Sapienza emanato con D.R. 2341/2013 del 2.07.2013.

Data \_\_\_\_\_

Prot. Presidenza \_\_\_\_\_

Firma