# Al Direttore del Dipartimento di

Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell’Invecchiamento

**OGGETTO: Legge 240/10 – art. 6 comma 10 – Svolgimento di attività liberamente consentite – Comunicazione.**

Il/La sottoscritt.. .................................................................................................................……………………………….…

nat.. a .............................................…………….. il .....................…………., in servizio presso questo Ateneo in qualità di

**(qualifica)**........................................................................... S.S.D…………………………………………………………..…,

consapevole di quanto previsto in materia di compatibilità con il regime d’impegno a Tempo Pieno dalla normativa vigente ed in oggetto, ai sensi del DPR 445/00, e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R.445/00,

**comunica**

che l’incarico retribuito esterno propostogli/le da

(nome ente o soggetto che conferisce l’incarico specificando se ente pubblico, ente privato ovvero in concorso con ente pubblico)

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

Indirizzo: ……………………………………………….………………………………..…………………Tel.: …………………

ha per oggetto la seguente attività:

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

la quale verrà svolta per un periodo dal ……................................ al …................................, con un impegno di tempo di ore ........................... .

L’importo presunto del compenso è di € ......................................................... .

**In merito all’attività in parola Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che:**

1. non confligge con gli interessi di questa Università;
2. è compatibile con il regolare svolgimento dei compiti istituzionali, anche tenuto conto di ulteriori funzioni espletate o da espletare nell’anno accademico corrente;
3. non rientra tra quelle assolutamente incompatibili ai sensi della vigente normativa;
4. non comporta l’utilizzo di beni e/o strumenti dell’Ateneo;
5. il compenso non comporterà emissione di fattura.

Il sottoscritto comunicherà ogni variazione in relazione all’incarico di cui sopra (durata, compenso etc.).

# Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  firma del Docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verificata, per quanto di competenza,

 l’assenza di conflitto d’interessi

 **Nulla osta**

 Il Direttore del Dipartimento

…………………………………………….

Si allega copia documento di riconoscimento in corso di validità (se inoltrato a mezzo fax)