

## MODELLO DI DOMANDA PER IL PERSONALE DOCENTE

Al Preside  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

OGGETTO: richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarico retribuito.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
dipendente di codesta Università in qualità di (*ruolo*) \_\_\_\_\_ con  
regime di impegno a tempo pieno, presso (*sede di servizio*) \_\_\_\_\_,

chiede di essere autorizzato a svolgere il sotto specificato incarico retribuito:

committente \_\_\_\_\_

codice fiscale del committente \_\_\_\_\_

natura e oggetto dell'incarico \_\_\_\_\_

arco temporale durante il quale sarà svolto l'incarico \_\_\_\_\_

presumibile impegno temporale, espresso in termini di ore o di giorni (dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_, n. ore \_\_\_\_\_)

compenso previsto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre che lo svolgimento dell'incarico:

- non sussistono cause di incompatibilità (ai sensi dell'art. 53 D.Lgs 165/2001 e dell'art.11 L. 382/80 modificato dall'art. 3 della L. 118/89);
- non pregiudica in alcun modo il regolare assolvimento dei propri compiti istituzionali di docente a tempo pieno;
- non comporta l'utilizzo di mezzi ed informazioni della propria struttura di servizio.

Palermo,

Firma

\_\_\_\_\_

*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, qualora dovesse percepire per gli incarichi ricevuti (sia interni che esterni) un importo annuo lordo superiore a € 103291,38, si impegna a versare a codesta Amministrazione il 50% degli importi superiori a tale cifra (ai sensi dell'art. 1 comma 123, Legge n. 662/96).*

Firma \_\_\_\_\_