



(MODULO G)

Al Direttore di Dipartimento di \_\_\_\_\_

e p.c. all'Area Personale Docente e Ricercatore  
Direzione 1

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI INCARICHI ESTERNI**

Il/La sottoscritto/a (Cognome)\* \_\_\_\_\_ (Nome)\* \_\_\_\_\_

C.F.\* \_\_\_\_\_ nato/a\* \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il\* \_\_\_\_\_

Titolare di un **Contratto di Ricerca** presso l'Ateneo stipulato ai sensi dell'art. 22 della L. 240/2010 presso il

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

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

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

**CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO ALLO SVOLGIMENTO DEL SEGUENTE INCARICO**

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

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



DICHIARA CHE L'INCARICO RIENTRA IN UNA DELLE SEGUENTI TIPOLOGIE

- Functions didactic and research in public entities without profit... Participation in management bodies... Participation in training projects... etc.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Che lo svolgimento dell'incarico: \*

- avverrà fuori orario di lavoro e non arrecherà pregiudizio all'espletamento dell'attività istituzionale
non rientra nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 53 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165
non comporterà una situazione di conflitto di interessi anche potenziale con l'Università Roma Tre
non comporterà esercizio di attività libero professionali né esercizio dell'industria e del commercio
non configura l'assunzione di incarichi istituzionali e gestionali

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

DICHIARA INOLTRE:

- che l'incarico medesimo è conferito in applicazione di una specifica norma di legge\* SI NO
se Si, indicare la normativa di legge di applicazione dell'incarico
indicare le ragioni del conferimento\*
i criteri di scelta utilizzati dall'amministrazione conferente\*

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\*

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 - Direzione 1 - Anagrafe delle Prestazioni, Via Ostiense n. 133 - 00154 Roma (RM) - tel. 06/57335245, e-mail: anagrafe.prestazioni@uniroma3.it



(PARTE RISERVATA AL DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA)

### AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto Prof. \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore del Dipartimento di \_\_\_\_\_

**Vista** l'istanza per l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di cui sopra:

*(inserire gli estremi/oggetto della richiesta dell'incarico)*

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

presentata dal Dott. \_\_\_\_\_

**Valutata** l'assenza di incompatibilità di diritto e di fatto con le attività oggetto dell'incarico per cui si richiede l'autorizzazione rispetto all'espletamento delle attività istituzionali del ricercatore/ricercatrice e non sussistendo situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività di istituto svolte dal citato dipendente;

**Accertata** la non sussistenza di esigenze organizzative tali da impedire l'autorizzazione richiesta, tenuto conto delle esigenze del servizio e dell'impegno richiesto per l'incarico conferito;

**Verificata** l'assenza di oneri a carico a carico del Bilancio dell'Università degli Studi Roma Tre;

**Verificato** il parere positivo allo svolgimento dell'incarico del Responsabile Scientifico Prof.

\_\_\_\_\_

### CONCEDE IL NULLA OSTA

*(indicare la motivazione dell'accoglimento della richiesta del dipendente)*

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

Roma, \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
(FIRMA E TIMBRO)

\_\_\_\_\_

**NOTA:**

La richiesta così come formulata, unitamente alla presente autorizzazione, è rilasciata al dipendente richiedente ed è inoltre inviata all'Area Personale Docente e Ricercatore della Direzione 1, che provvederà, entro 15 giorni dalla data della presente, all'invio al Dipartimento della Funzione Pubblica per gli adempimenti di legge previsti dalla normativa vigente in tema di autorizzazioni e anagrafe delle prestazioni.