

Al Magnifico Rettore

Università degli Studi di Roma Tor Vergata per il
tramite del Direttore del Dipartimento di
Medicina dei Sistemi
SEDE

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di un incarico retribuito - **Art. 6 (Incarichi soggetti ad autorizzazione del Rettore)** del Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di incarichi retribuiti, ai sensi dell'art. 6 della legge 30 dicembre 2010, n. 240 e dell'art. 53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

__ sottoscritt_ Prof./ Prof.ssa. _____, nat_ a _____
() il ____/____/_____, C.F. _____, Associato/Ordinario
presso il Dipartimento di _____,
Recapito telefonico _____, e-mail _____@_____

CHIEDE

ai sensi della normativa in oggetto, di essere autorizzat_ allo svolgimento del sottoindicato incarico retribuito, per il quale fornisce, assumendone la piena responsabilità, le seguenti notizie necessarie alla relativa valutazione:

Soggetto proponente

denominazione: _____

natura giuridica: _____

C.F. (solo per soggetti italiani)¹: _____

sede: _____

Incarico

¹ N.B. Il codice fiscale delle persone fisiche è costituito da 16 caratteri; il codice fiscale dei soggetti diversi dalle persone fisiche è formato da 11 caratteri.



descrizione dettagliata dell'incarico e finalità dello stesso:

data di inizio incarico ____/____/____

data di fine incarico ____/____/____

modalità di svolgimento:

online in presenza (specificare il luogo: _____)

compenso previsto € _____

compatibilità dell'incarico con gli interessi del Dipartimento e con l'attività didattica e di ricerca istituzionale del Docente:

Il sottoscritto, ai fini del rilascio dell'autorizzazione, dichiara, ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge 6 novembre 2012, n. 190, l'insussistenza, anche potenziale, di conflitto di interessi tra quelli dell'Università e quelli derivanti dallo svolgimento dell'incarico.

Roma, ____/____/____
