



AGENZIA REGIONALE SANITARIA REGIONE MARCHE

**PARERE DEL DIRIGENTE/DIRETTORE ARS SULLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' EXTRA ISTITUZIONALI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:

- Direttore (o suo delegato) dell'Agenzia Regionale Sanitaria;
- Dirigente del Settore \_\_\_\_\_ dell'Agenzia regionale sanitaria.

In merito alla richiesta di autorizzazione ad espletare incarico extra istituzionale presentata dal/dalla dipendente/dirigente<sup>1</sup> dell'ARS, \_\_\_\_\_ in posizione di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Effettuate le necessarie valutazioni e acquisiti gli elementi dai quali desumere:

- 1)** L'assenza di conflitti di interesse anche potenziali in relazione alle funzioni concretamente espletate dal dipendente interessato, alle funzioni del servizio e alle funzioni della posizione di progetto o di funzione;
- 2)** L'assenza di interferenze funzionali con l'attività ordinaria in relazione al tempo ed all'impegno necessari per lo svolgimento dell'attività o per l'assunzione dell'incarico nel senso di inesistenza di pregiudizio al completo, tempestivo e puntuale assolvimento dei compiti e doveri d'ufficio, ed all'influenza negativa sul loro svolgimento;
- 3)** La compatibilità dello specifico incarico con il rapporto di impiego in relazione alle esigenze del servizio e della posizione di funzione o di progetto ove coinvolta, all'impegno che l'incarico comporta sia nella fase di preparazione sia nella fase di effettivo espletamento dell'incarico, nonché la rispondenza ai principi di buona amministrazione e trasparenza.

**ESPRIME PARERE:**

- FAVOREVOLE**
- NON FAVOREVOLE** (indicare i motivi) \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA

<sup>1</sup> Indicare l'eventuale assegnazione temporanea del richiedente (comando/utilizzo)