*Al Direttore del Dipartimento*

*di Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali*

*Prof. Costantino Visconti*

*Al Consiglio del Dipartimento*

*di Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali*

*e p.c. alla/al Resp. Scientifica/o - Tutor*

*Prof.ssa/Prof. …............................*

**OGGETTO: richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali non in conflitto con lo status di Assegnista di ricerca**

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. ………………………………………………………………………. codice fiscale …………………………………………., nata/o a ……..…….…………….. (…...) il …gg/mm/aaaa……………., pec: …………………….., afferente a codesta Università presso il Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali in qualità di assegnista di ricerca (D.R. n. 6023 del 21/12/2022), per il tema “…………………………………..………”, SSD …………/……….., responsabile scientifica/o: Prof.ssa/Prof. …………………..………………..…………;

**VISTO** lo Statuto dell’Università degli Studi di Palermo;

**VISTO** il vigente Regolamento Generale di Ateneo;

**VISTO** il vigente Regolamento che disciplina il conferimento di assegni per la collaborazione ad attività di ricerca di cui all’art.22 della Legge 30.12.2010 n. 240;

**ACQUISITO** il parere favorevole dalla/dal Prof.ssa/Prof. …………………….…….. Referente Scientifica/o del progetto di ricerca dal titolo ………………………………………………………………..……………………………;

**CONSIDERATO** che, nel rispetto della disciplina vigente, anche in termini di compatibilità con l’assegno di ricerca, il predetto incarico si qualifica come attività di lavoro autonomo conferito ad esperti di particolare e comprovata specializzazione, ai sensi dell’articolo 7, comma 6 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;

**CONSIDERATA** la stretta attinenza dell’oggetto dell’incarico con l’oggetto dell’assegno di ricerca di titolarità;

**CHIEDE**

di essere autorizzata/o a svolgere i predetti specificati incarichi retribuiti:

**Dati del committente**

**Denominazione:** ……………………………………………………………………

**Sede** Via/Piazza ……………………………….……….., n. …… - CAP - Città

**E-mail**: …………………………………………….……………………………..

**Codice fiscale e partita IVA del committente:** …………………………………...…………….…………………

**Natura e oggetto dell’incarico:** ……………………..……………………………...………..………………………

**Tipologia d’incarico:** ………………………………………………………………...………………………………….

**Arco temporale durante il quale sarà svolto l’incarico:** …………………

**Numero ore:** …………………………………….

**Compenso lordo previsto:** € ………………… lordi omnicomprensivi annui, per il periodo di riferimento del contratto.

**Indirizzi mail al quale trasmettere il provvedimento:** ………………………………………..………………….

**Indirizzi pec ai quale trasmettere il provvedimento:** PEC: ……………………………………………………..

**Recapiti telefonici (interno e cellulare):** ……………………………………………………………………………

La/Il sottoscritta/o consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia. (art. 76 d.P.R. 445/2000);

**DICHIARA**

che per lo svolgimento dell’incarico:

* non sussistono cause di incompatibilità ai sensi dell'art.6 L. 240/2010, dell’art. 53 d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 39/2013;
* non viene pregiudicato in alcun modo il regolare assolvimento dei propri compiti istituzionali;
* non si utilizzano mezzi ed informazioni della propria struttura di servizio;
* non sussistono cause di conflitto di interesse, anche potenziale, che possano pregiudicare l’esercizio imparziale delle funzioni attribuite.

**DICHIARA**, infine:

[ ] di non essere titolare di Partiva Iva;

[ ] che non emetterà fattura in sede di liquidazione del compenso.

Luogo, data Firma

 Dott.ssa/Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦**

La/Il Responsabile Scientifica/o del progetto di ricerca Prof.ssa/Prof. ……………………………………….

**VISTO** l’articolo 14, comma 5 del D.R. 2 luglio 2021, n. 2760 e successive modificazioni, recante
“REGOLAMENTO PER IL CONFERIMENTO DI ASSEGNI PER LA COLLABORAZIONE AD
ATTIVITA’ DI RICERCA, DI CUI ALL’ART. 22 DELLA LEGGE 30.12.2010 N.240”, ai sensi del
quale “Lo svolgimento di attività di lavoro autonomo e di collaborazione occasionale, è compatibile
con l’assegno di ricerca soltanto se preventivamente autorizzato dal Consiglio di Dipartimento o dal
Consiglio di Polo Territoriale Universitario, previa acquisizione del parere motivato del Tutor e
verificato che l’attività ulteriore rispetto all’assegno non pregiudichi il regolare svolgimento
dell’attività di ricerca”;

**CONSIDERATA** la richiesta della/del dott.ssa/dott. ………………………….. del …gg/mm/aaaa……., formulata al fine del rilascio dell’autorizzazione allo svolgimento di incarico di ………………………………………., presso ………………………………………………………;

**CONSIDERATO** che, nel rispetto della disciplina vigente, anche in termini di compatibilità con assegno di ricerca, il predetto incarico si qualifica come attività di lavoro autonomo conferito ad esperti di particolare e comprovata specializzazione, ai sensi dell’articolo 7, comma 6 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, tale da non recare alcun pregiudizio al regolare assolvimento dei compiti istituzionali e di ricerca correlati all’assegno di ricerca di cui è titolare la/il dott.ssa/dott. ………………………………………..;

**CONSIDERATA** altresì la correlazione scientifica tra l’oggetto dell’incarico e la ricerca in relazione
alla quale è stato affidato l’assegno;

**RILASCIA PARERE**

[ ] Favorevole

 [ ] Non Favorevole

Luogo, data Firma

 Prof.ssa/Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_