



Alla Dirigente Responsabile  
SSD Formazione

**TITOLO DEL CORSO** \_\_\_\_\_

Richiesta di liquidazione compensi per l'attività di \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_,  
matricola n. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
provincia di (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_, alla Via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, in riferimento alla Delibera  
Autorizzativa/lettera di incarico prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CHIEDO

la liquidazione in mio favore dei compensi per l'attività di \_\_\_\_\_ su specificata.

Allego alla presente la seguente documentazione:

- richiesta di autorizzazione per conferimento incarico retribuito, art.53 del D.lgs. n.165/2001
- dichiarazione di responsabilità
- orario svolto
- lettera d'incarico o n° di protocollo della delibera autorizzativa
- copia documento d'identità
- stampa cartellini di presenza relativa ai mesi cui è stata effettuata l'attività di \_\_\_\_\_.

Taranto,

Firma

Taranto,

Alla Dirigente Responsabile  
SSD Formazione

**TITOLO DEL CORSO** \_\_\_\_\_

*Allegato alla richiesta di liquidazione compensi del dr./dott.ssa \_\_\_\_\_ per  
attività di \_\_\_\_\_*

Io sottoscritto/a dr./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate  
dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e ss.mm.ii.

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

- Di essere stato \_\_\_\_\_ del Corso di Formazione  
\_\_\_\_\_;
- Che l'attività è stata svolta a seguito dell'incarico conferitomi da  
\_\_\_\_\_, con la lettera prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ o  
con delibera prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- L'incarico di che trattasi è stato autorizzato ai sensi dell'art.53 del D.lgs. n.165/2001  
dall'Ente/Azienda/Amministrazione \_\_\_\_\_ con la nota del  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- Che ho effettuato n. ore complessive di lezione/attività \_\_\_\_\_ come riportato  
nella tabella allegata, parte integrante e sostanziale della presente dichiarazione;
- Che n. ore \_\_\_\_\_ sono state effettuate fuori dall'orario di servizio



ASL Taranto

PugliaSalute

**Struttura Semplice Dipartimentale Formazione**  
Dirigente Resp. dott.ssa Margherita Taddeo  
Banca dei Saperi – Scuola di Medicina  
Lungomare V. Emanuele III n. 30 – 74123 Taranto  
Tel. 3334927843

(fuori orario di servizio il costo orario è pari ad € 25,82)

Che n. ore \_\_\_\_\_ sono state effettuate in orario di servizio

(in orario di servizio il costo orario è pari ad € 5,16)

Dichiarazione di responsabilità rilasciata ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.

Firma

---

Taranto,

