



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

All.to D

Al Servizio Risorse Umane
U.O. Sviluppo, valorizzazione
e gestione giuridica del personale

e p.c.:
Dirigente/Responsabile servizio di appartenenza

.....

COMUNICAZIONE SVOLGIMENTO INCARICO

Il sottoscritto/a,
nato/a a il,
codice fiscale,
in qualità di dipendente di ASP Città di Bologna, in servizio presso il suddetto Servizio dal
....., con qualifica e rapporto di lavoro
subordinato a tempo indeterminato tempo determinato e a tempo pieno
 tempo parziale al (*indicare la percentuale di part time*)

COMUNICA

Lo svolgimento della seguente attività (*breve descrizione, indicando in cosa
consiste*).....
.....
.....

Presso il soggetto pubblico/privato
Sede/indirizzo:
Codice fiscale:
Periodo dal al
Luogo di svolgimento:
tempi di svolgimento:

dichiara che non sussiste alcuna situazione di conflitto di interessi, ancorché potenziale, tra
l'attività da svolgere e quella assegnata in qualità di dipendente dell'ASP Città di Bologna.

Data

.....

(firma)