



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 18539

Palermo 18/11/2014

Alla Dott.ssa Maria Cappello  
U.O.C. di Gastroenterologia ed  
Epatologia

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse  
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 12.11.2014 prot. n. 18134, con la quale si richiede l'autorizzazione a partecipare in qualità di relatore all'evento "Patologie infiammatorie intestinali: gestione clinica e appropriatezza terapeutica" che si terrà a Giardini Naxos il 27 Novembre 2014, si autorizza ai soli fini amministrativi, in osservanza a quanto previsto dal comma 9, art. 53 del D.Lgvo 165/2001.

L'attività di cui trattasi deve essere svolta ad di fuori dell'orario di servizio.

Appare il caso di ricordare che ai sensi dell'art. 61 comma 2 del D.Lvo n. 276/2003 "per prestazioni occasionali si intendono i rapporti di durata complessiva non superiore a 30 gg. nel corso dell'anno solare salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia superiore a 5 mila euro". Ai fini fiscali il lavoro occasionale rientra nell'art. 68 lett. L del TUIR 917/86 (redditi diversi).

Resta obbligo del soggetto incaricato, comunicare tempestivamente al committente il superamento di detta soglia, affinché quest'ultimo possa adempiere agli obblighi contributivi (gestione separata INPS).

La stessa e' trasmessa per i relativi provvedimenti consequenziali all'Ufficio Stipendi - Area Gestione Risorse Umane al fine di verificare il limite massimo previsto dalla normativa in materia.

Il Direttore Amministrativo  
Dott. R. Colletti



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone**



**DI.BI.M.I.S.  
U.O.C. Gastroenterologia ed Epatologia  
(cod. 58.01)  
Direttore Prof. A. Craxi**

Prot N. 473

**Al Direttore Sanitario AOUP  
Dott. Luigi Aprea  
SEDE**

**OGGETTO: richiesta autorizzazione Dott.ssa Cappello per partecipare all'evento  
"Patologie infiammatorie intestinali: gestione clinica e appropriatezza terapeutica" -  
Giardini Naxos, 27 novembre 2014 in qualità di relatore**

La sottoscritta Dott.ssa Maria Cappello, dirigente medico presso UOC Gastroenterologia ed Epatologia (58.01), matricola 40531, chiede alla SV autorizzazione a partecipare all'evento in oggetto in qualità di relatore come da Lettera di Incarico allegata in fotocopia. L'incarico sarà espletato al di fuori dell'orario di servizio come prestazione occasionale.  
Con osservanza  
Palermo 12/11/2014

Dott.ssa Maria Cappello

**A.O.U. Policlinico di Palermo  
U.O.C. Gastroenterologia ed Epatologia  
D<sup>a</sup>.ssa MARIA CAPPELLO  
Cod. ENPAM 300110819S  
PA 9378**

Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico "P. Giaccone"  
Direzione Aziendale

**R** 12 NOV. 2014

Prot. N. 18134



## LETTERA DI INCARICO EVENTO FORMATIVO ECM

Titolo Evento Formativo:

Patologie infiammatorie intestinali: gestione clinica e appropriatezza terapeutica

Luogo e Data:

Giardini Naxos, 27 novembre 2014

Nome e Cognome	MARIA CAPPELLO		
Luogo e Data di Nascita	AGRIGENTO 11/01/1962		
Codice Fiscale	CAPPAROLA SIAO39A		
Partita IVA (se posseduta)			
Via	Città	Prov.	CAP
Via DUCA DELLA VERDELLA	PALEMO	PA	CAP 90143
Tel./Cell.	E-mail		
+39 3356629572	CMARICA@tin.it		
Sede lavorativa:			
Via	Città	Prov.	CAP
Via P.zza DELLE CLINICHE 2	PALEMO	PA	CAP 90127
Professione	Disciplina		
DIREZIONE MEDICA	GASTROENTEROLOGIA		
<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input checked="" type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	

Sulla base degli accordi Intercorsi, I&C S.r.l., con la presente, Le conferma l'incarico in qualità di

Responsabile Scientifico       Relatore       Tutor       Moderatore

Al sensi del Dlg 165/2001 Articolo 53 "Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi":

PROVVEDERO' PERSONALMENTE A RICHIEDERE AUTORIZZAZIONE PER DETTO INCARICO ALL'AMMINISTRAZIONE DEL MIO ENTE DI APPARTENENZA.

VI CHIEDO DI COMUNICARE ALL'AMMINISTRAZIONE DEL MIO ENTE DI APPARTENENZA QUESTO CONFERIMENTO DI INCARICO.

RECAPITO REPARTO AMMINISTRATIVO ENTE DI APPARTENENZA PER COMUNICAZIONE ATTRIBUZIONE INCARICO	(e-mail e/o telefono e/o Indirizzo postale) DIREZIONE SANITARIA AZIENDA OSPEDALIERA UNIV. DELLA SAPIENZA POLICLINICO ROMA
--	--

### Modalità di svolgimento dell'incarico e modalità retributive

L'attività da Lei svolta verrà esercitata a titolo di libera attività professionale senza che l'espletamento della stessa comporti il Suo inserimento nella struttura organizzativa della nostra società, né vincolo di subordinazione alcuna.

A fronte dell'incarico conferito Le sarà riconosciuto un gross lordo pari a € 400,00.

La somma Le sarà liquidata a fronte della Sua emissione di fattura o ricevuta a seconda della Sua posizione fiscale.

Con l'accettazione del presente documento, l'incaricato:

- dichiara che l'incarico conferito non comporta violazione della normativa vigente in materia di rapporti con la Pubblica Amministrazione e dichiara inoltre che terrà indenne la scrivente società da responsabilità nella materia ora accennata;
- dichiara di essere nella condizione giuridica, anche ai sensi della vigente normativa, di prestare l'attività richiesta e nel contempo esonera la scrivente società da ogni e qualsiasi responsabilità, anche pecuniaria, correlata ad eventuali situazioni difformi da quella dichiarata;

I&C srl  
Via Andrea Costa, 202/6 - 40134 Bologna  
tel. +39 051 6144004 r.a. fax +39 051 6142772  
info@icc-st.it www.icc-st.it



P.IVA/COD. FISCALE 04330500374  
R.E.A. Bologna 387589  
Registro Imprese Bologna 162861  
Cap. Soc. € 110.000,00



- c. dichiara di avere provveduto nei confronti dell'Ente, del servizio o dell'Amministrazione con cui sussiste il proprio rapporto di servizio o professionale, alle comunicazioni eventualmente necessarie ovvero di averne ottenuto, ove previsto o necessario, l'autorizzazione o il consenso a/o di aver delegato al Provider - I&C S.r.l. l'onere di richiedere tale autorizzazione all'Ente, al servizio o all'Amministrazione con cui sussiste il rapporto di servizio o professionale dando comunicazione dei recapiti necessari;
- d. dichiara di essere a conoscenza e di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali;
- e. si impegna ad assumere la responsabilità dell'integrità etica, del valore deontologico, della qualità tecnico-scientifica, dei contenuti dei materiali didattici utilizzati e della sua integrale relazione che deve essere indipendente da qualsiasi influenza estranea agli interessi formativi dei professionisti. In particolare si impegna ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e a non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.);
- f. si impegna a comunicare al Provider eventuali motivi o circostanze che possano ostacolare, per legge o per opportunità, lo svolgimento del presente incarico. Sono "ragioni di opportunità" quelle circostanze come il conflitto di interessi, da cui possa derivare pregiudizio per l'evento impedendo il regolare svolgimento dell'attività formativa;
- g. si impegna a comunicare al Provider la propria impossibilità a prender parte all'evento entro e non oltre 70 gg. dalla data d'inizio.

Per poter attivare la Sua docenza Le chiediamo di restituirci firmata in originale la presente lettera, comprendente anche l'autocertificazione di conflitto di interesse (vedi pagina seguente):

- per posta in originale all'indirizzo: I&C Srl Via Andrea Costa, 202/6 - 40134 Bologna (BO)
- anticipata
  - in formato pdf con firma scannerizzata all'indirizzo e-mail [sara.galeotti@iec-srl.it](mailto:sara.galeotti@iec-srl.it)
  - via fax al numero 051/6142772

Il Provider - I&C S.r.l.

Il Legale Rappresentante  
Daniela Sella

Per accettazione di tutto quanto riportato

Data 7/10/2014

L'incaricato

Firma leggibile

C.O.U. Policlinico di Palermo  
U.O.C. Gastroenterologia ed Epatologia  
D<sup>ssa</sup> MARIA CAPPELLO  
Cod. ENPAM 300110819S  
PA 9378

I&C srl  
Via Andrea Costa, 202/6 - 40134 Bologna  
tel. +39 051 6144004 r.a. fax +39 051 6142772  
info@iec-srl.it www.iec-srl.it



P.IVA/COD. FISCALE 04330500374  
REA Bologna 387389  
Registre Imprese Bologna 162861  
Cap. Soc. € 110.000,00