

**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 10131

Palermo 19-06-2014

Al Dott. G. Ciaramitaro
U.O.C. di Cardiologia II con Emodinamica

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse Umane

In riferimento alla Vs. nota del 12.06.2014 prot. n.9550, con la quale si richiede l'autorizzazione a svolgere attività di relatore dalla Società Boston Scientific nell'ambito del corso "Advanced Management of the ICD Patient" che si terrà a Milano in data 24-25 giugno, si autorizza ai soli fini amministrativi in osservanza a quanto previsto dal comma 9, art. 53 del D.Lgvo 165/2001.

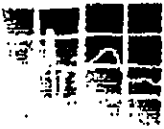
L'attività di cui trattasi deve essere svolta ad di fuori dell'orario di servizio.

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. 67 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 Palermo**



*U.O. C. Cardiologia II con Emodinamica (cod. 50.01)
Direttore: Prof. Pasquale Assennato.*

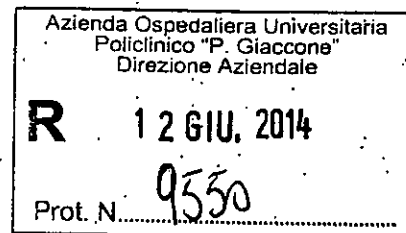
Palermo, 12/06/2014

Alla C.A. del Direttore Amministrativo
A.O.U.P.

Il sottoscritto Dott. Gianfranco Ciaramitaro, dirigente medico di I livello in servizio presso l'U.O. 50.01 di questa A.O.U.P., ha ricevuto un incarico come relatore dalla società Boston Scientific, come a voi già comunicato via fax. Con la presente si chiede alla S.V. l'autorizzazione ad espletare il predetto incarico. A tale scopo si comunicano i seguenti dati:

INCARICATO:

Codice fiscale: CRMGFR57B06G273G
Cognome e nome: Ciaramitaro Gianfranco
Qualifica incaricato: Dirigente medico di I livello



CONFERENTE:

Denominazione: Boston Scientific
CF e p IVA: 11206730159
Tipologia: privato, persona giuridica con CF rilasciato in Italia

INCARICO

Anno riferimento: 2014
Tipologia: docenza
Data inizio incarico: 24/06/2014
Data fine incarico: 25/06/2014
Incarico saldato: l'incarico non è stato ancora saldato
Importo previsto: 1000 euro, al lordo delle ritenute fiscali di competenza

Cordiali saluti

Gianfranco Ciaramitaro

Boston Scientific S.p.A.

Viale Forlanini, 23
20134 Milano (MI) Italy
Tel. +39 02 26883.1.1
Fax +39 02 26883.230

Lungotevere Cassara, 55
16149 Genova Italy
Tel. +39 010 6060.1
Fax +39 010 6060.200
www.bostonscientific-international.com

Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico "P. Giaccone"
Direzione Aziendale

R 11 GIU. 2014

Prot. N. 9513

Spett.le
A.O. Universitaria Policlinico
"Paolo Giaccone"
Via del Vespro, 129
90127 Palermo

e. p.c. Al Direttore Generale

Milano, 6 giugno 2014

Oggetto: incarico in qualità di relatore.

Egregio Dott. Ciaramitaro,

con la presente Le proponiamo di partecipare in qualità di relatore al corso "Advanced Management of the ICD Patient", che si terrà a Milano in data 24-25 giugno, al fine di effettuare un intervento di circa due giornate avente per oggetto le relazioni come da programma allegato.

Per l'attività di consulenza di cui sopra, che costituisce una prestazione occasionale, Le sarà riconosciuto un onorario pari ad Euro 2000 (mille) lordi. La scrivente provvederà al pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di regolare fattura o ricevuta e di idonea relazione scritta sull'attività svolta.

Le ricordiamo che eventuali costi di viaggio, soggiorno ed iscrizione relativi alla Sua partecipazione a questo evento saranno sostenuti direttamente dalla scrivente, che provvederà alle relative prenotazioni. Non potremo quindi rimborsare alcuna spesa che non sia stata da noi direttamente sostenuta.

Resta inteso che Lei si impegna ad adottare tutte le misure precauzionali ragionevolmente possibili al fine di mantenere riservate le informazioni di cui venga messo a conoscenza nell'esecuzione del presente accordo, fino a quando tali informazioni non siano legittimamente divenute di pubblico dominio o parte di documentazione pubblica. Per informazioni riservate si intendono, a mero titolo esemplificativo, qualsiasi manuale, specifica, disegno, lettera o qualsiasi altro materiale, su qualsiasi supporto, recante l'indicazione "informazioni riservate", o che sia comunque indicata come tale da Boston Scientific. Le suddette disposizioni di riservatezza continueranno ad impegnarLa anche dopo la risoluzione o cessazione per qualsiasi motivo del presente accordo.

La preghiamo, solo qualora previsto dall'art. 53 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n.165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", di adoperarsi affinché la Sua Amministrazione di appartenenza provveda ad inviare risposta alla nostra Società di espressa autorizzazione all'esecuzione del presente incarico. L'efficacia del presente accordo è sospensivamente condizionata all'ottenimento di tale autorizzazione che dovrà essere rilasciata entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della relativa richiesta. Trascorso inutilmente tale termine, il presente accordo si intenderà inefficace.

Richiesta autorizzazione incarico di relatore - pag. 1 di 2

La preghiamo di volerci restituire copia della presente da Lei debitamente sottoscritta, nell'apposito spazio in calce, per accettazione dell'incarico e quale attestazione della dichiarazione ivi resa.

Siamo a Sua disposizione per ogni chiarimento dovesse necessitarLe al riguardo.

Con l'occasione Le porgiamo cordiali saluti.

Boston Scientific S.p.A.


Raffaele Stefanelli
Amministratore Delegato

ACCETTAZIONE DEL MEDICO PARTECIPANTE

- *ACCETTO l'incarico, nei termini ed alle condizioni di cui sopra.*
- *DICHIARO che la mia partecipazione a questo evento è in linea con le leggi vigenti (D.lgs 165/2001) con il mio codice di comportamento professionale e con le prescrizioni di cui al D.lgs. 231/2001.*
- *CHIEDO che, previa presentazione di idonei giustificativi da parte mia, l'onorario e le spese di viaggio e soggiorno eventualmente sostenute in relazione all'incarico mi vengano corrisposti sulle seguenti coordinate bancarie:*
- *CONFERMO che il suddetto conto corrente si trova nel Paese in cui sono iscritto all'Albo professionale e, in caso di iscrizione in albi di più Paesi, in quello in cui svolgo la mia attività professionale in via prevalente.*
- *DO ATTO che preventivamente alla sottoscrizione del presente incarico si è provveduto a comunicare il conferimento del presente incarico al mio datore di lavoro.*

Firma e Timbro

Dr. [nome e cognome]

Avviso:

Tutti i modelli forniti con la presente sono in linea con le normative ed i Codici Etici vigenti. L'utilizzo dei modelli garantisce al professionista della sanità un'adeguata informazione sui requisiti di legge. E' esclusiva responsabilità del professionista della sanità completare opportunamente i modelli con dati rilevanti e veritieri.