

**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 6800

Palermo 22/04/2015

Al Dott. G. Mazzola
U.O.C. di Malattie Infettive

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 17.04.2015 prot. n.6618, con la quale si richiede l'autorizzazione ad espletare incarico di docenza conferito da Gilead Sciences S.r.l., al Training scientifico "Co-morbosità nella pratica clinica" che si terrà a Palermo il 28 e 29 aprile c.a., si autorizza ai soli fini amministrativi, in osservanza a quanto previsto dal comma 9, art. 53 del D.Lgvo 165/2001.

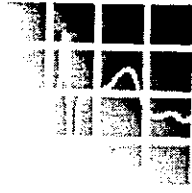
L'attività di cui trattasi deve essere svolta ad di fuori dell'orario di servizio.

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**



U.O.C. di Malattie Infettive - Centro Riferimento AIDS (24.01)

Direttore ff: dr Giovanni Mazzola

Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico "P. Giaccone"
Direzione Aziendale

R 20 APR. 2015

Prot. N. 6618

Palermo, 17.04.2015

**Al Sig Direttore Amministrativo
Avv. Dott. Roberto Colletti**

Oggetto : richiesta autorizzazione

**Si richiede l'Autorizzazione ad effettuare una docenza retribuita al di fuori dell'orario di lavoro e in ottemperanza alla normativa vigente in materia .
Si allega lettera d'incarico e modulistica aziendale compilata**

**Cordiali saluti dr Giovanni Mazzola
UOC malattie infettive
AOUP**

Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti

Nome campo

Incaricato

Codice Fiscale

cognome

nome

qualifica incaricato

Conferente

denominazione

Codice Fiscale

tipologia

Note

GIOVANNI MATTOLA
Codice fiscale dell'incaricato
Testo - Max 50 caratteri
Testo - Max 50 caratteri
- Dirigente
- Non dirigente

Campo obbligatorio

✓ *GIOVANNI MATTOLA*
✓ *117769957514067R*
✓ *MATTOLA*
✓ *GIOVANNI*
DIREZIONE TECNICO
✓ *GILEAD SCIENCES S.R.L.*

Denominazione conferente -
Max 500 caratteri

Codice fiscale del conferente -P. IVA

- pubblico ✓
- privato persona fisica con CF rilasciato in Italia
- Privato persona fisica senza CF rilasciato in Italia
- privato persona giuridica con CF rilasciato in Italia
- Privato persona giuridica senza CF rilasciato in Italia

Dati ulteriori su Conferente (se persona fisica)

Codice Fiscale

Partita Iva

cognome

nome

sesso

Data Nascita

Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)

Codice Fiscale

Partita Iva

denominazione

Tipologia Azienda

Codice Comune Sede

Incarico

Anno Riferimento

tipologia

Codice fiscale del conferente
Partita IVA del conferente

Testo - Max 50 caratteri

Testo - Max 50 caratteri

M = maschio; F = femmina

aaaa-mm-gg

Codice fiscale del conferente
Partita IVA del conferente

Denominazione conferente -
Max 500 caratteri

Codice tabella esterna

Obbligatorio solo se Società
e se estero = N

aaaa - Non può essere
anteriore al 2006

- arbitrato ✓
- direzione e coordinamento lavori, collaudo e manutenzione opere pubbliche
- consiglio di amministrazione
- collegio sindacale
- revisore dei conti
- ✗ - docenze *Doc Comm*
- commissioni
- rilevazioni e indagini statistiche
- consulenze tecniche
- commissari ad acta

✓
✓
✓
✓

11 8743059
✓ *GILEAD SCIENCES SRL*

✓

✓ *2015*

✓

Data Autorizzazione
Data inizio incarico
Data Fine incarico

- altre tipologie -
aaaa-mm-gg
aaaa-mm-gg

✓ 2015
✓ 28.4.2015
✓ 29.4.2015

aaaa-mm-gg - L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato

Doveri Ufficio

-si
-no

Incarico Saldato

Indicare se l'incarico è stato saldato o meno

NO
NO

Tipo Importo

- previsto ✓
- presunto ✓

importo

L'importo deve essere espresso in euro.

✓ 1000,00 L.1925

Riferimento normativo incarico

comma

Testo - Max 50 caratteri

articolo

Testo - Max 50 caratteri

numero

Testo - Max 50 caratteri

data

aaaa-mm-gg

riferimento

Indicare ad es. se trattasi di D.Lgs., D.L., legge... ecc...

* I campi contrassegnati sono obbligatori soltanto se l'incarico è stato conferito in applicazione di una specifica norma. Viceversa, se l'incarico non è stato conferito in applicazione di una norma, il tag <riferimentoNormativo> non va inserito.

Pagamento

importo

L'importo deve essere espresso in euro.

✓ 1000,00 L.1925

anno	aaaa	2015	✓
------	------	------	---



LETTERA DI INCARICO

Egr. Dott.

GIOVANNI MAZZOLA

Via Arimondi 48

90143 PALERMO PA

Milano, 07.04.2015

Oggetto: Training scientifico "Co-morbidità nella pratica clinica"

1. Con la presente Gilead Sciences S.r.l., avendo l'esigenza di effettuare un training scientifico all'Area Centro Sud della BU HIV, Le affida l'incarico di effettuare un training dal titolo "Co-morbidità nella pratica clinica".
2. Ferma restando la Sua piena facoltà di effettuare la Sua prestazione a favore di chiunque in ogni altro campo, resta inteso che, per tutto il periodo di durata del presente accordo, la Sua collaborazione per le materie che formano oggetto del presente incarico sarà da Lei prestata in via esclusiva a favore della nostra Società.
3. Come da lei dichiaratoci, sarà sua esclusiva cura e responsabilità richiedere al suo ente di appartenenza l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività di cui al presente incarico, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/01 e di tale autorizzazione ci invierà copia, prima dell'inizio di qualsiasi attività prevista nella presente. Resta inteso che, ove il suo ente di appartenenza non dovesse rilasciare tale autorizzazione, il presente incarico si intenderà risolto.
4. Il presente incarico Le viene affidato avendoci Lei dichiarato che non sussistono condizioni di incompatibilità allo svolgimento dello stesso. In particolare, Lei dichiara di conoscere il contenuto del Codice Etico adottato dalla nostra società, qui accluso quale Allegato A, e del Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231, e si impegna ad astenersi da comportamenti idonei a configurare le ipotesi di illecito o reato di cui al

Società sottoposta a direzione e coordinamento di Gilead Sciences Inc.
 Gilead Sciences Srl, Via Marconi, 1 - 20146 Milano, Italia - TEL: +39 02 439281 FAX: +39 02 43022578
 C.F. (P.IVA) 11187430159 - TRIB. Milano 349234/848193 - C.C.I.A.A. di Milano 15/0673



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Codice o Decreto medesimo (a prescindere dalla effettiva consumazione del reato o dalla punibilità dello stesso), fornendo opportuna collaborazione a Gilead e/o al suo organismo di vigilanza per eventuali verifiche. L'inosservanza da parte Sua di tale impegno è considerata un inadempimento grave e motivo di risoluzione del presente contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e legittimerà la nostra Società a risolvere lo stesso con effetto immediato. Lei dichiara, altresì, di non ricoprire cariche o ruoli decisionali in enti pubblici tali da creare conflitto di interessi nello svolgimento della propria attività di consulenza e di darne comunicazione alla nostra Società, qualora tali fatti si verificassero, dopo la sottoscrizione del presente contratto.

5. Lei dichiarerà il rapporto in essere con la nostra Società in tutte le occasioni in cui scriverà o parlerà in pubblico sull'argomento oggetto del presente contratto.
6. È comune intenzione delle Parti stipulare un accordo per la costituzione di un rapporto di collaborazione: tale rapporto sarà di natura professionale non subordinata, regolato specificatamente dagli artt. 2222 e ss. cod. civ. Il presente contratto ha carattere di occasionalità e si concluderà al momento dell'avvenuta prestazione, il giorno 29 aprile 2015. Ciascuna parte potrà recedere anticipatamente dal presente contratto, con comunicazione scritta inviata all'altra parte, tramite raccomandata A/R, con preavviso di 30 (trenta) giorni.
7. In tutti i casi di cessazione anticipata del presente contratto, Le sarà corrisposto esclusivamente il compenso, come quantificato al successivo art. 8, per l'attività effettivamente svolta sino al momento della comunicazione di anticipata cessazione, senza che nulla Le sia dovuto a titolo di indennizzo e/o risarcimento.
8. A fronte degli obblighi assunti con il presente contratto, il compenso per la Sua prestazione, come sopra descritta, resta stabilito in euro 1000 al lordo delle ritenute di legge ed esclusa IVA.

Restano escluse le spese di cui all'art. 9.

Detto importo, Le sarà corrisposto, previa presentazione da parte Sua di regolare fattura, in un'unica soluzione a 60 gg.d.f.m. tramite bonifico bancario.

Società sottoposta a direzione e coordinamento di Gilead Sciences Inc.
Gilead Sciences Srl, Via Marconi, 1, 20146 Milano, Italia - TEL: +39 02 439201 FAX: +39 02 45922578
C.F. 019411187430159 - Tub.Milano 34422378261774 - C.C.I.A.A. di Milano 1443643



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

9. Le spese per gli eventuali trasferimenti che si rendessero necessari nell'espletamento dell'incarico, Le verranno rimborsate dalla nostra Società su presentazione di regolare fattura, con relativi giustificativi di spesa in copia.
10. L'esecuzione del presente incarico avverrà in conformità alla normativa vigente in materia di Ambiente, Salute e Sicurezza.

Lei dichiara di avere fornito alla nostra Società l'autocertificazione del possesso dei requisiti di idoneità tecnico-professionale, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000.

Lei riconosce di avere ricevuto dalla nostra Società le informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui è destinato a operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla sua attività.

Le Parti danno atto che, costituendo le attività oggetto del presente incarico prestazioni di natura intellettuale, sono esonerate dalla predisposizione del Documento Unico di Valutazione dei Rischi ai sensi dell'art. 26, comma 3-bis, D.Lgs. n. 81/2008 e che comunque non vi sono rischi interferenziali. Conseguentemente, le Parti danno altresì atto che non vi è la necessità di sostenere alcun costo per l'eliminazione o la riduzione al minimo dei rischi interferenziali.

Lei si impegna - per tutta la durata del presente contratto e successivamente alla sua cessazione per qualsiasi causa - a mantenere il massimo riserbo su tutti i dati e le notizie di carattere riservato concernenti l'attività della nostra Società che venissero direttamente o indirettamente a Sua conoscenza in dipendenza dello svolgimento dell'incarico. Tali dati e notizie saranno da Lei utilizzati ai soli scopi per i quali ne fosse stata posta a conoscenza.

11. Riporterà, in lingua inglese, a Gilead tutte le informazioni di sicurezza comprese, ma non limitate a, tutti gli eventi avversi ("AE"), gli eventi avversi gravi (SAE), o casi di situazioni particolari (SSR) (Allegato B per le definizioni), di cui dovesse venire a conoscenza durante la prestazione del servizio entro un (1) giorno lavorativo da quando ne è venuto a conoscenza. Qualsiasi report indirizzato a Gilead dovrà essere inviato a:

Gilead Sciences S.r.l.

Società sottoposta a direzione e coordinamento di Gilead Sciences Inc.
Gilead Sciences Srl, Via Meostico, 1, 20146 Milano, Italia - TEL: +39 02 439201 FAX: +39 02 48022578
C.F. / PVA 11187450159 - Cod. Min. 0344271-0461922 - C.C. I.A.A. di Milano 1443663



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Via Marostica, 1

20146 MILANO

Dipartimento di Farmacovigilanza

Fax: +39 (0)2 43920404

Tel: +39 (0)2 43920256

E-mail: SafetyItaly@gilead.com

Fornirà a Gilead le informazioni di sicurezza e, ove possibile, i recapiti del professionista sanitario coinvolto, in modo che possano essere richieste la conferma medica e la causalità.

Su richiesta di Gilead, darà l'assistenza necessaria nel fornire tutte le informazioni supplementari necessarie per eseguire le valutazioni mediche delle informazioni di sicurezza ricevute. Gilead trasmetterà tali richieste di informazioni supplementari all'indirizzo indicato all'inizio di tale contratto.

Gilead sarà responsabile degli obblighi regolatori derivanti dalla ricezione e dall'elaborazione delle segnalazioni dei singoli casi ricevuti.

12. Per tutti gli effetti di cui al presente contratto, abbiamo preso nota della Sua elezione di domicilio, in Arimondi 48 – Palermo PA. Nel caso in cui tali dati dovessero cambiare nel corso del presente contratto, Lei si impegna a darne tempestiva comunicazione alla nostra Società tramite raccomandata A.R.
13. Gilead tratterà i Suoi dati personali secondo le modalità indicate nell'informativa allegata al presente contratto quale Allegato C e rilasciata ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 recante il Codice per il trattamento per i dati personali.
14. Al fine di permettere a Gilead di ottemperare agli obblighi di cui all'art. 5 del Codice Deontologico di Farmindustria in tema di trasparenza nei trasferimenti di valore agli operatori sanitari, La preghiamo di compilare il modello di informativa e consenso accluso al presente contratto quale Allegato D.

Società sottoposta a direzione e coordinamento di Gilead Sciences Inc.
Gilead Sciences Srl, Via Marostica, 1, 20146 Milano, Italia - TEL: +39 02 439201 - FAX: +39 02 48022578
C.F./P.IVA: 11052430159 - Tbh.M.Vno 344223/840123 - C.C. I.A.A. di Milano 1443643



15. Resta inteso che per qualsiasi controversia inerente il presente contratto, sarà competente in via esclusiva il Foro di Milano.

Allegati

- A) Codice Etico
- B) Definizioni di Farmacovigilanza
- C) Informativa Privacy
- D) Informativa e consenso ai fini di cui all'art. 5 del Codice Deontologico di Farmindustria

La preghiamo di volerci confermare il Suo accordo su quanto precede restituendoci una copia della presente siglata e controfirmata per accettazione, e munita di specifica approvazione, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c. delle seguenti clausole: art. 4 (Codice Etico e risoluzione), art. 6 (recesso), art. 7 (conseguenze della cessazione anticipata) e art. 14 (foro competente).

Con i nostri più cordiali saluti.

Gilead Sciences S.r.l.

Il Legale Rappresentante

Dott.ssa Rita Cataldo

Per integrale accettazione

Società sottoposta a direzione e coordinamento di Gilead Sciences Inc.
Gilead Sciences Srl Via Nervesa, 1, 20145 Milano, Italia - TEL. +39 02 439201 FAX +39 02 46022578
C.F./P.IVA 11187430959 - Tel. 800no 344222-0491725 - C.C. I.A.A. di Milano 1443843