

**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 9050

Palermo 29/05/2015

Alla Dott.ssa Filomena Caltagirone  
U.O.C. di Dermatologia

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse  
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 27/05/2015 prot. n. 8886 , con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività di docenza "al Corso di formazione specifica in Medicina Generale", 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.

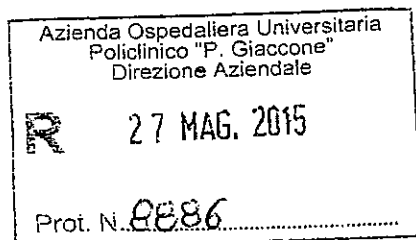
Appare il caso di ricordare che ai sensi dell'art. 61 comma 2 del D.Lvo n. 276/2003 "per prestazioni occasionali si intendono i rapporti di durata complessiva non superiore a 30 gg. nel corso dell'anno solare salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia superiore a 5 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

Palermo, 27 Maggio 2015



Al Direttore Amministrativo

Dottore Roberto Colletti

La sottoscritta Dott.ssa Filomena Caltagirone, dirigente medico presso U.O.C. di Dermatologia e M.T.S., A.O.U.P. "Paolo Giaccone" di Palermo, chiede l'autorizzazione come previsto, per potere accettare l'incarico di docenza "al Corso di formazione specifica in Medicina Generale" per la disciplina medica Dermatologia e Venereologia come da proposta di conferimento allegata.

Distinti saluti

Dott.ssa Filomena Caltagirone

*Filomena Caltagirone*

**CST European Education Srl**

Sede legale e operativa: Via dei Cantieri, 2/N - 90142 PALERMO  
Sede direzionale: Via A. Caroncini, 27 - 00197 ROMA  
P.I. 10429411001  
Tel. 091 545654 - Fax 091 6317339

Palermo 15/MAGGIO/2015

Gent.mo Dott. Sa CALTAGIRONE FILOMENA

Oggetto: Proposta conferimento incarico di docenza al "Corso di formazione specifica in Medicina Generale"

Premesso che CST European Education Srl, titolare del marchio Centro Studi Test, sta avviando il corso di preparazione per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, Le conferiamo l'incarico in oggetto nell'ambito dello svolgimento del suddetto corso per la seguente disciplina medica DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA.

La predetta attività dovrà essere svolta su indicazione della CST dal 29/maggio/2015 al 12/settembre/2015 per un monte ore totali di 6 (SEI) e Le sarà riconosciuto un compenso orario di € 50,00 al netto della ritenuta d'acconto del 20%.  
L'incarico ha la caratteristica di prestazione occasionale e sarà da Lei svolto in piena autonomia senza alcun vincolo di subordinazione nei confronti della Società committente. Il rapporto sarà regolato dagli artt. 2222 e seguenti del codice civile.

Pertanto Le chiediamo di indicarci la sua attuale posizione al fine di adempiere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 53 D.Lgs 30/03/2001

- Libero Professionista in possesso di P. Iva: **NON NECESSITO AUTORIZZAZIONE**  
 Dipendente di azienda sanitaria o pubblica amm.: **NECESSITO AUTORIZZAZIONE**

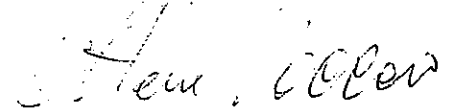
Con la sottoscrizione della presente Lei esprime in ultimo il proprio consenso ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 al trattamento dei dati personali e sensibili che CST si impegna ad utilizzare nel pieno del rispetto delle prescrizioni di cui al citato decreto e per le finalità gestionali e amministrative connesse all'esercizio della presente.

RingraziandoLa anticipatamente per la preziosa collaborazione, in attesa di ricevere il presente incarico controfirmato, La salutiamo cordialmente.

Il Direttore Didattico

Dott. Ottone Vaccaro

Firma per accettazione



## Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

### Sezione Dipendenti

Nome campo	Note	Campo obbligatorio
------------	------	--------------------

#### *Incaricato*

Codice Fiscale	CLTFMN57S69C275W	✓
cognome	CALTAGIRONE	✓
nome	FILOMENA	✓
qualifica incaricato	- DIRIGENTE MEDICO 1° LIV.	✓

#### *Conferente*

denominazione	CST EUROPEAN EDUCATION SRL	✓
---------------	----------------------------	---

Codice Fiscale	10429411001			P. IVA 10429411001
----------------	-------------	--	--	--------------------

tipologia	- privato persona giuridica con CF rilasciato in Italia	✓
-----------	---	---

#### *Dati ulteriori su Conferente (se persona fisica)*

Codice Fiscale		Codice fiscale del conferente		
----------------	--	-------------------------------	--	--

Partita Iva		Partita IVA del conferente		
-------------	--	----------------------------	--	--

cognome	Testo – Max 50 caratteri	✓
---------	--------------------------	---

nome	Testo – Max 50 caratteri	✓
------	--------------------------	---

sesso	M = maschio; F = femmina	✓
-------	--------------------------	---

Data Nascita	aaaa-mm-gg	✓
--------------	------------	---

#### *Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)*

Codice Fiscale		VCCTTN50E09G273B		
----------------	--	------------------	--	--

Partita Iva	10429411001	Partita IVA del conferente		
-------------	-------------	----------------------------	--	--

denominazione	CST EUROPEAN EDUCATION SRL	✓
---------------	----------------------------	---

Tipologia Azienda	Codice tabella esterna	✓
-------------------	------------------------	---

Codice Comune Sede	ROMA E PALERMO		
--------------------	----------------	--	--

#### *Incarico*

Anno Riferimento :	2015	aaaa – Non può essere antecedente al 2006		
--------------------	------	---	--	--

tipologia	- DOCENZE	✓
-----------	-----------	---

Data Autorizzazione	2015-maggio-	✓
---------------------	--------------	---

Data Inizio incarico	aaaa-mm-gg	✓
----------------------	------------	---

Data Fine incarico		aaaa-mm-gg – L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato		
--------------------	--	--	--	--

Doveri Ufficio	-si	✓
----------------	-----	---

Incarico Saldato	-no		
------------------	-----	--	--

Incarico Saldato	Indicare se l'incarico è stato saldato o meno	✓
------------------	---	---

Tipo Importo	- € 300,00 previsto	✓
--------------	---------------------	---

importo	€ 300,00	✓
---------	----------	---

#### *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	€ 300,00	✓
---------	----------	---

anno	2015	✓
------	------	---