

**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 4178

Palermo 11/03/2015

Alla Dott.ssa F. Inzerillo
U.O. di Geriatria

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 03.03.2015 prot. n. 3689, con la quale si richiede l'autorizzazione a prestare la propria attività retribuita occasionale, in qualità di Docente presso la Scuola di Psicoterapia "C.O.I.R.A.G." dal 10.01.2015 al 31.10.2015, 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

Cartella attuale: **Posta in arrivo**

[Esci](#)

[Componi](#) [Indirizzi](#) [Cartelle](#) [Opzioni](#) [Ricerca](#) [Aiuto](#) [Calendario](#) [Notes](#)

[Lista messaggi](#) | [Cancella](#) [Precedente](#) | [Successivo](#) [Inoltra](#) | [Inoltra come Allegato](#) | [Rispondi](#) | [Rispondi a tutti](#)

Oggetto: I: richiesta autorizzazione per incarichi conferiti ai dipendenti

Da: "florenza.inzerillo@libero.it" <florenza.inzerillo@libero.it>

Data: Mar, 3 Marzo 2015 11:12 am

A: direzione.amministrativa@policlinico.pa.it

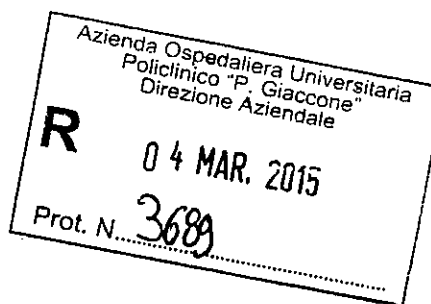
Priorità: Alta

Leggi la ricevuta: richiesto [[Invia e leggi la ricevuta ora](#)]

Opzioni: [Visualizza l'intestazione completa](#) | [Visualizza versione stampabile](#) | [Scarica come file](#)

Florenza Inzerillo

Psicoterapeuta gruppoanalista
 Psicodrammatista e Musicoterapeuta
 Az. Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone"
 Policlinico Palermo



-----Messaggio originale-----

Da: florenza.inzerillo@libero.it

Data: 20/02/2015 9.04

A: <direzione-amministrativa@policlinico.pa.it>

Ogg: richiesta autorizzazione per incarichi conferiti ai dipendenti

Pregiatissimo Direttore Amministrativo, Dottore R. Colletti, le invio il modulo debitamente compilato, di richiesta autorizzazione per una attività di docenza retribuita- anno 2015- presso la Scuola di Psicoterapia C.O.I.R.A.G.
 In attesa di un suo riscontro, le porgo cordiali saluti.

Florenza Inzerillo

Psicoterapeuta gruppoanalista
 Psicodrammatista e Musicoterapeuta
 Az. Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone"
 Policlinico Palermo

Allegati:

untitled-[1.1]	0.8 k [text/plain]	Download Visualizza
richiesta autorizzaz policlinico.doc	62 k [application/msword]	Download

[Cancella & Precedente](#) | [Cancella & Successivo](#)

Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti	Note	Campo obbligatorio
Nome campo		
<i>Incaricato</i>		
Codice Fiscale	NZRFRN61A53G273D	✓
cognome	INZERILLO	✓
nome	FLORENZA	✓
qualifica incaricato	PSICOLOGO- MUSICOTERAPEUTA In posizione di COMANDO	✓
Conferente		
denominazione	C.O.I.R.A.G. Confederazioni di organizzazioni italiane per la ricerca analitica sui gruppi	✓
Codice Fiscale	P.IVA03943760821-C.F.97017820586	✓
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	✓
sesto	M = maschio; F = femmina	✓
Data Nascita	aaaa-mm-gg	✓
Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)		
Codice Fiscale	97017820586	
Partita Iva	03943760821	
denominazione	C.O.I.R.A.G. Confederazione di organizzazioni italiane per la ricerca analitica sui gruppi	✓
Tipologia Azienda	Scuola Quadriennale riconosciuta con D.M.31.12.93	✓
Codice Comune Sede		Obbligatorio solo se Società e se estero = N
Incarico		
Anno Riferimento	2015	✓
tipologia	- docenze attività di insegnamento relativa al coordinamento ll anno	✓
Data Autorizzazione	aaaa-mm-gg	✓
Data Inizio incarico	10-01-2015	✓
Data Fine incarico		Ottobre 2015 – L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato
Doveri Ufficio	-si	✓
Incarico Saldato	no	✓
Tipo Importo	- previsto	✓
importo	900,00 euro lorde	✓
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 <referimentoNormativo> non va inserito.

Pagamento

importo	900,00 euro lorde	✓
----------------	-------------------	---

anno	2015	✓
-------------	------	---