



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 13809

Palermo 28/09/2016

Al Dott. F. Polizzi  
U.O.S. Pronto Soccorso

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse  
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 22/09/2016 prot. n.13578, con la quale si richiede l'autorizzazione a poter effettuare l'incarico di insegnamento al corso formazione "riqualificazione OSS" dal 21 al 23 Dicembre in Palermo, 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

DA

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Direzione Aziendale	
<b>R</b>	22 SET. 2016
Prot. N.	13578

**Al Direttore AMMINISTRATIVO**

**A.O.U.P. "P. Giaccone"**

**e p.c. al Direttore Generale**

**A.O.U.P. "P. Giaccone"**

**Palermo**

**Oggetto: autorizzazione insegnamento per corso formazione " Riqualficazione OSS" del 21 - 23 Dicembre 2016 a Palermo per conto della societa' EURO per il Dott. Francesco Polizzi Medico di Medicina d'Urgenza gia' in regime di EXTRAMOENIA da Gennaio 2015.**

Il sottoscritto Dott. Francesco Polizzi , nato a Palermo il 15/10/1968, ed ivi residente in via Ausonia 103, Dirigente Medico I Livello, dal 16 luglio 2012, presso l' U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza dell'azienda A.O.U.P. di Palermo, Direttore Dr. Giuliano

**CHIEDE ALLA S.V.**

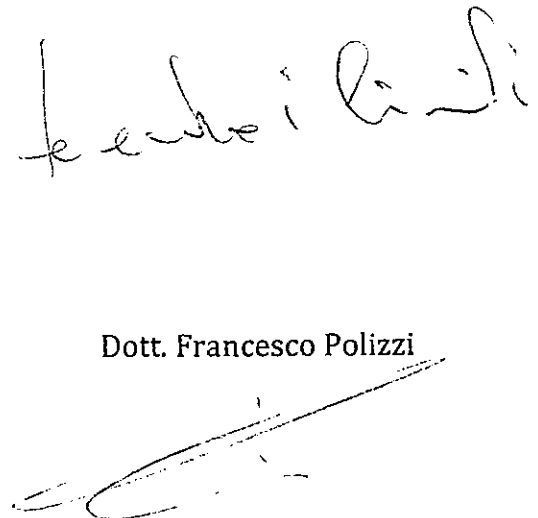
l'autorizzazione all'insegnamento del

**- corso formazione " Riqualficazione OSS" del 21 - 23 Dicembre 2016 a Palermo per conto della societa' EURO "**

Distinti Saluti

Palermo 20-09-2016

Dott. Francesco Polizzi



**Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti****Sezione Dipendenti****Dr. Francesco Polizzi****Dir. Medico P.S.****Incaricato****Codice Fiscale**

PLZFNC68R15G273E ✓

**cognome**

POLIZZI ✓

**nome**

FRANCESCO ✓

**qualifica incaricato**

DIR. MED I LIVELLO ✓

**Conferente****denominazione**

SOCIETA' EURO ✓

**tipologia**- Privato persona giuridica  
senza CF rilasciato in  
Italia ✓***Dati ulteriori su Conferente*****Codice Fiscale**

97123580627

**Partita Iva**

04753450828

**cognome**

EURO Viale dell'Olimpo 30° ✓

90147 Palermo

**Codice Fiscale**

Codice fiscale del conferente

**Incarico****Anno Riferimento**

2016 ✓

**tipologia**- Corso "Riqualificazione  
in operatore socio  
sanitario OSS" ✓**Data inizio incarico**

2 giorni : dalle 8,30 alle 13,30 del ✓

21-23 DICEMBRE 2016

**Tipo importo**

500

**EURO****Riferimento normativo incarico****comma**NOTA PROTAREA INTERDIVISIONALE 7/N DEL  
01/12/2014 assessorato della salute.

\* 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 &lt;referimentoNormativo&gt; non va inserito.

**Pagamento****importo**

500 euro ✓

**anno**

2016 ✓

AZ. OSP. UN. "P. GIACCONE  
Medicina d'Urgenza e P.S.  
Dott. Francesco Polizzi  
Cod. Espam 300206055C  
Iscr. Ord. Med. PA 11839

Euro

- Comparto Sanità -

AUTOCERTIFICAZIONE DATI ANAGRAFICI e FISCALI

Il/La sottoscritto: <u>POLIZZI FRANCESCO</u>		
nato/a a: <u>PALESTRO</u>	Prov: <u>PA</u>	Il <u>15.10.1968</u>
Residente in: <u>PALESTRO</u>	Prov: <u>PA</u>	CAP <u>90143</u>
Via <u>AUSONIA 103</u>	C.F. <u>PLAFNC68R15G273E</u>	
Recapiti:	Cell: <u>339.2090636</u>	Fax:
	Mail: <u>FRANPOLIZZI@YAHOO.IT</u>	
Coordinate bancarie:	Denominazione banca: <u>UNICREDIT</u>	Agenzia: <u>AUSONIA</u>
	Città: <u>PALESTRO</u>	Prov: <u>PA</u>
	Via/Piazza: <u>AUSONIA PF</u>	CAP: <u>90143</u>
	Codice IBAN: <u>IT8380200832974001215165529</u>	

Avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale,

DICHIARA

**DI ESSERE DIPENDENTE DI UNA AMMINISTRAZIONE PUBBLICA (P.A.):**

- Ente presso il quale si svolge la propria attività lavorativa A.S.P. POLICLINA PALESTRO
- DICHIARO di essere stato autorizzato a svolgere l'incarico di DOCENTE PER IL CORSO OSS pertanto allego, unita alla presente, apposita atto autorizzativo ex. D.Lgs 165/2001 rilasciato dall'azienda di appartenenza.

**DI ESSERE LAVORATORE DIPENDENTE NON di P.A.:**

**DI ESSERE ISCRITTO ALLA GESTIONE SEPARATA INPS in quanto LAVORATORE PARASUBORDINATO:**

**DI ESERCITARE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE e: IN REGIME DI EXTRAORDINARIA**

**Di NON essere titolare di Partita IVA**

**Di essere titolare di Partita IVA**

Iscritto all'ufficio IVA di PALESTRO

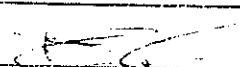
Col numero 04929930826

**Di versare una quota parte (%.....) dei propri contributi presso la suddetta Cassa di previdenza professionale**

ENPA7

**DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.14 del D.Lgs 196/2003 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7.**

Mi impegno, inoltre, a comunicare tempestivamente (comunque prima della percezione delle competenze spettanti) le eventuali variazioni che possano apportare modifiche di natura fiscale.

Data <u>22/01/2016</u>	Firma 
------------------------	--