



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0009999

Palermo 19-06-2017

Al Dott. Andrea Pasquale  
U.O.C. di Farmacia

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse  
Umane

In riferimento alla Vs. nota prot. 9601 del 13.06.2017, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale per partecipare al Sondaggio di Doxa Pharma con l'intento di monitorare l'indagine n.16082 presso i farmacisti ospedalieri, 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 al 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 è 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

Il Direttore Sanitario  
Dott. L. Aprea

DA

Al Direttore Amministrativo

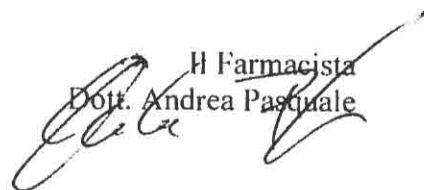
07/06/2017

Oggetto: richiesta autorizzazione incarico ai dipendenti

Il sottoscritto Andrea Pasquale matr 113137 Dirigente Farmacista presso l'U.O.C. di Farmacia ai sensi del comma 9 art 53 Decreto 168/2001 richiede l'autorizzazione a partecipare al sondaggio 16082 di Doxapharma

Si porgono distinti Saluti

Il Farmacista  
Dott. Andrea Pasquale



*Se eschiviti  
ce se coattivip*

Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico "P. Giaccone"  
Direzione Aziendale

R 13 GIU. 2017

Prot. N. 0008601

## Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti	Note	Campo obbligatorio
<b>Incaricato</b>		
Codice Fiscale	PSQNDR78R07G273J	✓
cognome	PASQUALE	✓
nome	ANDREA	✓
qualifica incaricato	- Dirigente	✓
<b>Conferente</b>		
denominazione	Doxapharma	✓
Codice Fiscale	06683960964	
tipologia	- privato persona fisica con CF rilasciato in Italia	✓
<b>Dati ulteriori su Conferente (se persona fisica)</b>		
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	✓
<b>Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)</b>		
Codice Fiscale		Codice fiscale del conferente
Partita Iva		Partita IVA del conferente
denominazione	Denominazione conferente – Max 500 caratteri	✓
Tipologia Azienda	Codice tabella esterna	✓
Codice Comune Sede		Obbligatorio solo se Società e se estero = N
<b>Incarico</b>		
Anno Riferimento	2017 – Non può essere anteriore al 2006	✓
tipologia	- rilevazioni e indagini statistiche	✓
Data Autorizzazione	aaaa-mm-gg	✓
Data Inizio incarico	aaaa-mm-gg	✓
Data Fine incarico		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	✓
Tipo Importo		- previsto ✓ - presunto ✓
importo	50,00	✓
<b>Riferimento normativo incarico</b>		
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.

**anno**

aaaa ✓

**INDAGINE 16082**  
**Company Image e Unmet Needs "Top Account Hospital"**

*Ricevuta per l'intervistato*

Milano, 26 Maggio 2017

Gentile Dottore,

La ringraziamo per aver partecipato all'indagine n° 16082 che Doxa Pharma sta conducendo sull'intero territorio nazionale presso i farmacisti ospedalieri, attraverso la compilazione del questionario a Lei destinato.

Le ricordiamo che qualsiasi informazione ed opinione da Lei fornita nel corso dell'intervista, sarà trattata in forma strettamente riservata e assolutamente anonima.

Per ringraziarla della sua gentile e preziosa collaborazione riceverà da AMAZON una mail con il buono da € 50,00 (eurocinquanta/00) utilizzabile per tutti gli articoli venduti sul sito [www.amazon.it](http://www.amazon.it).

Doxa Pharma e AMAZON utilizzeranno pertanto la sua mail esclusivamente per inviarle il buono e, a tal proposito Le chiediamo di indicarci l'indirizzo e-mail sul quale desidera ricevere il buono Amazon al termine dell'indagine.

*Antonio Mammì*  
*3383042807*

Doxa Pharma S.r.l.

## CONSENSO DELL'INTERESSATO:

### Partecipazione a iniziative future:

Nel caso in cui Lei decida di collaborare a future indagini che verranno realizzate dall'Istituto Doxa Pharma o dalle società del Gruppo Doxa, è disponibile a fornirci il Suo indirizzo e-mail?

Il Suo indirizzo e-mail, che è un dato personale ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sarà utilizzato solo per finalità di ricerca nel settore farmaceutico e medicale, quali - a titolo esemplificativo - la partecipazione a ricerche di mercato o l'iscrizione a community on-line, e non sarà ceduti a terzi.

- Accetto  
 Non accetto

### Confidenzialità

(1) Affermo sotto la mia responsabilità di essere in possesso dei requisiti necessari per partecipare a questo studio e che quanto da me dichiarato nel questionario di reperimento e da me confermato in sede di identificazione per la partecipazione al gruppo corrisponde al vero. Pertanto, sono consapevole del fatto che qualora durante lo svolgimento del gruppo dovessero emergere ragionevoli dubbi in merito all'attendibilità delle mie dichiarazioni in merito al possesso di tali requisiti, il moderatore e il personale Doxa Pharma presenti potranno escludermi in qualunque momento dallo studio, con giudizio insindacabile. In tale caso non avrò diritto all'omaggio né nulla altro avrò da pretendere da Doxa Pharma, salvo restando il diritto di Doxa Pharma al risarcimento per i danni subiti ai sensi dell'art. 2403 del codice civile.

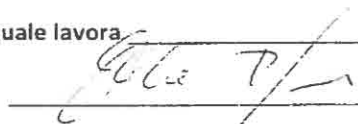
(2) Sono anche stato informato che lo studio è di natura confidenziale e riservata e, pertanto, mi impegno a non diffondere notizie, dati e informazioni raccolti o appresi durante la partecipazione del gruppo.

Preso atto di quanto sopra, accetto di partecipare a questo studio alle condizioni sopra specificate e dichiaro che i suoi obiettivi mi sono stati chiaramente spiegati.

INDIRIZZO E-MAIL (in stampatello maiuscolo): \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_

STRUTTURA presso la quale lavora: \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

Firma dell'intervistato:  \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## CERTIFICAZIONE DELL'INTERVISTATORE:

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ dichiara, sotto la propria responsabilità, di:

- aver letto/fatto leggere all'intervistato sopra specificato l'informativa relativa al D. Lgs. 30/6/2003 n. 196 (Codice Privacy) secondo la formulazione sopra riportata, e di averne consegnato copia all'intervistato stesso;
- aver ottenuto e registrato il consenso espresso e libero dell'intervistato alla presente intervista;
- aver formulato la proposta di adesione a future edizioni dell'indagine e di aver ottenuto e registrato nel questionario la seguente risposta (specificare se non sottoscritto dall'intervistato): SI  NO

Firma dell'intervistatore: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_