



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone**



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0004933

Palermo 19-5-2017

Al Dott F. Marchese  
U.O. di Psichiatria

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse  
Umane

In riferimento alla Vs. nota prot. 7199 del 08/05/2017, con la quale si richiede l'autorizzazione a svolgere attività di docenza per il modulo "Tecniche Proiettive (20h) al Master di II livello in "La Diagnosi Integrata in psicologia Clinica e Dinamica, in Psichiatria e Riabilitazione: Modelli, Strumenti e Tecniche " che si terrà a Palermo nel periodo Maggio 2017 - Aprile 2018, 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 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

Il Direttore Sanitario  
Dott. L. Aprea



Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico "Paolo Giaccone"  
dell'Università degli Studi di  
Palermo



DA

DIPARTIMENTO DELLE PATOLOGIE EMERGENTI E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
U.O.C. PSICHIATRIA (40.01)  
Direttore: Prof. Daniele La Barbera

Palermo, 03/05/2017

Prot. N. 45/17/2017

Al Direttore Amministrativo  
Preg.mo Dott. Roberto Colletti,  
Al Direttore Sanitario  
Preg.mo Dott. Luigi Aprea

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Direzione Aziendale	
<b>R</b>	<b>03 MAG. 2017</b>
Prot. N. 0007199	

**Oggetto: Richiesta autorizzazione incarico retribuito**

Il sottoscritto Marchese Fulvio, psicologo psicoterapeuta, attualmente titolare di un contratto per un anno (Co.Co.Pro) presso l'ambulatorio gravi disabili (Progetto MAIDA) del Policlinico P. Giaccone di Palermo, chiede alla SV l'autorizzazione a svolgere l'incarico di docenza, per il seguente modulo: Tecniche Proiettive (20 h), al Master di II livello in "La Diagnosi Integrata in Psicologia Clinica e Dinamica, in Psichiatria e in Riabilitazione: Modelli, Strumenti e Tecniche" che si svolgerà a Palermo nel periodo compreso tra maggio 2017 e aprile 2018.

Ringraziando per l'attenzione, l'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

*Le esprime  
grazie  
cordiali*

Lo Psicologo

Dott. Fulvio Marchese  
*Fulvio Marchese*

Il Direttore  
Prof. Daniele La Barbera

*Daniele La Barbera*

## Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti	Note	Campo obbligatorio
<b>Nome campo</b>		
<i>Incaricato</i>		
<b>Codice Fiscale</b>	MRCFLV75H15G273S	✓
<b>cognome</b>	Marchese	✓
<b>nome</b>	Fulvio	✓
<b>qualifica incaricato</b>	- CONTRATTISTA - Non dirigente	✓
<b>Conferente</b>		
<b>denominazione</b>	DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA SPERIMENTALE E NEUROSCIENZE CLINICHE	✓
<b>Codice Fiscale</b>	P. IVA:00605880822	
<b>tipologia</b>	- pubblico	✓
<b>Dati ulteriori su Conferente (se persona fisica)</b>		
<b>Codice Fiscale</b>	Codice fiscale del conferente	
<b>Partita Iva</b>	Partita IVA del conferente	
<b>cognome</b>	Testo – Max 50 caratteri	✓
<b>nome</b>	Testo – Max 50 caratteri	✓
<b>sezzo</b>	M = maschio; F = femmina	✓
<b>Data Nascita</b>	aaaa-mm-gg	✓
<b>Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)</b>		
<b>Codice Fiscale</b>		
<b>Partita Iva</b>	Partita IVA del conferente : 00605880822	
<b>denominazione</b>	DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA SPERIMENTALE E NEUROSCIENZE CLINICHE	✓
<b>Tipologia Azienda</b>	Codice tabella esterna	✓
<b>Codice Comune Sede</b>	Obbligatorio solo se Società e se estero = N	
<b>Incarico</b>		
<b>Anno Riferimento</b>	2017 – Non può essere antecedente al 2006	✓
<b>tipologia</b>	- docenze	✓
<b>Data Autorizzazione</b>		✓
<b>Data Inizio incarico</b>	2017-05-05	✓
<b>Data Fine incarico</b>	2018-04-30	
<b>Doveri Ufficio</b>	-si -no	✓
<b>Incarico Saldato</b>	Indicare se l'incarico è stato saldato o meno	✓
<b>Tipo Importo</b>	1324.60 € - previsto ✓ - presunto ✓	
<b>importo</b>	L'importo deve essere espresso in euro.	✓
<b>Riferimento normativo incarico</b>		
<b>comma</b>	Testo – Max 50 caratteri	
<b>articolo</b>	Testo – Max 50 caratteri	✓*
<b>numero</b>	Testo – Max 50 caratteri	✓*
<b>data</b>	aaaa-mm-gg	✓*
<b>riferimento</b>	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: **1324.60 €**

<b>anno</b>	2017/2018	✓
-------------	-----------	---