

Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0008005

Palermo 22/05/2017

Al Dott. G. Mazzola  
U.O.C. Malattie Infettive

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse  
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 17.05.2017, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale in qualità di Docente al Convegno dal titolo "Esperti a confronto. Gestione e prevenzione delle co-morbidità in HIV" che si terrà a Roma il 21 giugno 2017, 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

DA

U.O.C. Malattie Infettive cod. 24.01.0  
Direttore: Prof. Antonio Cascio

Al Sig Direttore Amministrativo Dott. AVV Roberto Colletti

**Oggetto : richiesta di autorizzazione Dr Giovanni Mazzola in servizio c/o Malattie Infettive**

Si chiede alla SV l'Autorizzazione a norma di legge per lo svolgimento di una docenza retribuita da effettuare al convegno dal titolo : " Esperti a confronto . Gestione e prevenzione delle co-morbidità in HIV " che si terrà a Roma in data 21.giugno 2017 .

La docenza verrà effettuata al di fuori dell'orario di servizio. Si allega Lettera di incarico e modulistica aziendale .

Palermo 17.05/2017

Cordiali saluti  
dr GIOVANNI MAZZOLA

*[Handwritten signature]*  
A.O.U. POLICLINICO DI PALERMO  
U.O.C. Malattie Infettive cod. 24.01  
**Dott. Giovanni Mazzola**  
Dirigente Medico Infettivologo  
Responsabile Direzione UOS Cod. 24.01.01  
Cod. ENPAM 300067727Z-OM PA 8368

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Direzione Aziendale	
<b>R</b>	<b>17 MAG. 2017</b>
Prot. N.	<i>0007801</i>

*Se esno: P. Giaccone  
Se Decalogo*

Egregio Dottor Mazzola,  
a seguito delle intese intercorse, siamo lieti di conferirLe l'incarico di Relatore in occasione del Congresso

**“Esperti a confronto. Gestione e prevenzione delle co-morbidità in HIV”  
in programma a Roma in data 21 giugno 2017**

Per l'occasione Lei si impegna ad eseguire l'incarico personalmente, con piena autonomia di contenuti scientifici, tecnici e/o didattici, in armonia con i profili deontologici della Sua professione e relativo Albo, senza alcun vincolo di subordinazione gerarchica, secondo tempi e modalità pienamente compatibili con l'articolazione dei Suoi impegni ed orari di lavoro presso la Sua Amministrazione di appartenenza.

Resta inteso che l'incarico è strettamente limitato all'esecuzione di quanto richiestoLe in occasione dell'evento e che lo stesso deve intendersi ad ogni effetto revocato, ove venisse meno il preventivo assenso da parte del Ministero della Salute alla realizzazione dell'evento medesimo (ai sensi del D. Lgs. 541/92).

**Dietro presentazione via posta ordinaria di regolare FATTURA O RICEVUTA OCCASIONALE** al termine della manifestazione scientifica che esaurisce ogni profilo della Sua prestazione, Le sarà corrisposto un compenso nella misura complessiva di **euro 700,00** al lordo delle ritenute fiscali e/o dei contributi previdenziali, da ritenersi comprensivo del Suo onorario ed esaustivo di ogni spettanza necessaria per l'assolvimento del presente incarico; il saldo avverrà tramite bonifico bancario entro 30 giorni fine mese dalla data di ricevimento della documentazione **completa** di fattura o ricevuta occasionale o entro 60 giorni fine mese dalla data di ricevimento della documentazione **completa** di fattura o ricevuta occasionale nel caso sia necessaria autorizzazione/comunicazione.

La invitiamo cortesemente ad indicare se il Suo ente di appartenenza Le richiede per l'occasione **COMUNICAZIONE/AUTORIZZAZIONE** a prestare il tipo di attività oggetto del presente incarico, barrando l'opzione a Lei relativa, così esonerando e mantenendo indenne Nadirex International s.r.l. da ogni indagine e responsabilità in merito (art. 53 D. Lgs. 165/01):

- l'Amministrazione (ospedaliera, universitaria, ecc.) o Ente di appartenenza (indicare la denominazione).....  
**NON richiede alcuna autorizzazione** per l'espletamento dell'incarico in oggetto.
- l'Amministrazione/Ente di appartenenza (indicare la denominazione)..... AOURSKUINICO  
**richiede AUTORIZZAZIONE e sarà Sua cura provvedere a richiedere autorizzazione, inviando OBBLIGATORIAMENTE a Nadirex International copia dell'autorizzazione rilasciata.**
- l'Amministrazione/Ente di appartenenza (indicare la denominazione).....  
**richiede COMUNICAZIONE e sarà Sua cura provvedere ad inoltrarla all'Ente, inviando OBBLIGATORIAMENTE a Nadirex International copia protocollata.**
- Nessun rapporto di dipendenza da Enti o Amministrazioni.

In ogni caso, laddove il Suo Ente di appartenenza non intendesse autorizzarLa, ovvero mancasse l'indicazione dei profili di autorizzazione/comunicazione di cui sopra, ferma la revoca dell'incarico per cause indipendenti dalla nostra volontà, ciò non darà adito ad alcuna pretesa nei Suoi confronti da parte di Nadirex International s.r.l., né sarà motivo da parte Sua di richieste risarcitorie o di altro genere nei nostri confronti.

Ove Lei concordi con quanto sopra, voglia cortesemente restituirci la presente da Lei sottoscritta, unitamente agli eventuali allegati che ne formano oggetto per le parti che La riguardano.

L'occasione è gradita per ringraziarLa della gentile collaborazione e per porgere distinti saluti.

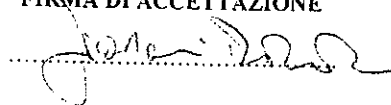
Pavia, li 16 maggio 2017  
Nadirex International s.r.l.

DATA

17/5/2017

E

FIRMA DI ACCETTAZIONE



1/3

NADIREX INTERNATIONAL Srl

## Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti	Note	Campo obbligatorio
Nome campo <i>incaricato</i>		
Codice Fiscale cognome	Codice fiscale dell'incaricato	✓ 4172GNN57S14C067R
nome	Testo - Max 50 caratteri	✓ TAMOLA
qualifica incaricato	Testo - Max 50 caratteri	✓ GIOVANNI
	- Dirigente	✓
	- Non dirigente	✓
<i>Conferente</i>		
denominazione	Denominazione conferente -	✓
	Max 500 caratteri	
Codice Fiscale tipologia	Codice fiscale del conferente - P. IVA	
	- pubblico	✓
	- privato persona fisica con CF rilasciato in Italia	
	- Privato persona fisica senza CF rilasciato in Italia	
	- privato persona giuridica con CF rilasciato in Italia	✓ NADINE X INTERNATIONAL SRL
	- Privato persona giuridica senza CF rilasciato in Italia	12521390158
<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	✓
sex	M = maschio; F = femmina	✓
Data Nascita	aaaa-mm-gg	✓
<b>Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)</b>		
Codice Fiscale	Codice fiscale del conferente	12521390158
Partita Iva	Partita IVA del conferente	PIVA+ CF
denominazione	Denominazione conferente -	✓
	Max 500 caratteri	
Tipologia Azienda	Codice tabella esterna	✓
Codice Comune Sede	Obbligatorio solo se Società e se estero = N	
<i>Incarico</i>		
Anno Riferimento	aaaa - Non può essere antecedente al 2006	✓ 2017
tipologia	- arbitrato	✓
	- direzione e coordinamento lavori, collaudo e manutenzione opere pubbliche	
	- consiglio di amministrazione	
	- collegio sindacale	
	- revisore dei conti	
	- docenze	DOCUMENTI
	- commissioni	
	- rilevazioni e indagini statistiche	

- Data Autorizzazione  
 Data Inizio incarico  
 Data Fine incarico  
 Doveri Ufficio  
 Incarico Saldato  
 Tipo Importo  
 importo

- altre tipologie  
 aaaa-mm-gg ✓ 2017  
 aaaa-mm-gg ✓ 21.6.2017  
 aaaa-mm-gg - L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato  
 -si ✓  
 -no ✓  
 Indicare se l'incarico è stato saldato o meno ✓ NO  
 - previsto ✓  
 - presunto ✓  
 L'importo deve essere espresso in euro. ✓ 700,00 € lordo

**Riferimento normativo incarico**

comma  
 articolo  
 numero  
 data  
 riferimento

Testo - Max 50 caratteri ✓\*  
 Testo - Max 50 caratteri ✓\*  
 aaaa-mm-gg ✓\*  
 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 L'importo deve essere espresso in euro. ✓ 700,00 € lordo  
 anno 2017 aaaa ✓

