



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0018429

Palermo 05-12-2017

Al Dott. Maurizio Carta
U.O.C. di Neonatologia e UTIN

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota prot.17588 del 20.11.2017, con la quale si richiede l'autorizzazione a partecipare in qualità di relatore al Workshop Nutrizione e Metabolismo che si terrà a Roma in data 15 dicembre 2017, e preso atto del nulla osta rilasciato dal Responsabile della P.C.T., si autorizza a sanatoria 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. F. Di Bella

Il Direttore Sanitario
Dott. M. Montalbano

DA



Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone



Dipartimento Materno Infantile

UNITA OPERATIVA COMPLESSA DI NEONATOLOGIA
E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
DIRETTORE: Prof. G. Corsello

Palermo, 18/11/2017
Via Alfonso Giordano, 3 - 90127
Tel. 091 6555456/ Fax. 091 6555429

Al Sig. DIRETTORE AMMINISTRATIVO
A.O.U.P. POLICLINICO PALERMO

Al Sig. DIRETTORE SANITARIO
A.O.U.P. POLICLINICO PALERMO
SEDE

Il sottoscritto CARTA Maurizio, dirigente medico presso l'UO di Neonatologia e UTIN (dir. Prof. G. Corsello),

CHIEDE

l'autorizzazione a partecipare, in qualità di relatore, al Workshop Nutrizione e Metabolismo che si terrà a Roma in data 15 dicembre 2017.

Si allega lettera di incarico della Medicalnet s.r.l. e modulistica aziendale

In attesa di cortese riscontro

Palermo 17/11/2017

Cordiali saluti
Maurizio Carta

Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
Dipartimento Materno Infantile
20 NOV 2017
Prot. N. 0017588

Università degli Studi di Palermo
A.O.U.P. "P. Giaccone" PALERMO
Commissione Corruzione e Trasparenza
Responsabile Dott.ssa Maria Cristina Lorenzini



DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

Art.6 D.P.R. n.62/2013

La sottoscritta CARLA MALIZIATO nata/a PATERNO
 il 19/1/89 individuata come partecipante all'evento formativo: WORKSHOP NUTRIZIONE E METABOLISMO
 sponsorizzato da MEDICALNET S.p.A.
 in data 15-12-14 presso la località di ROMA

avvicinandosi alle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto prescritto dagli artt. 73 e 78 dello stesso D. P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

- 1) Di non avere rapporti diretti o indiretti di collaborazione, in qualunque modo retribuiti, con Azienda sponsorizzatrice dell'evento;
- 2) Di non aver avuto negli ultimi tre anni, rapporti diretti o indiretti di collaborazione, in qualunque modo retribuiti, con lo stesso soggetto di cui al punto 1) ero ad esso collegati;
- 3) Che i seguenti soggetti: coniuge/convivente, parenti ed affini entro il secondo grado non hanno rapporti finanziari con il soggetto di cui al punto 1) ero ad esso collegati;
- 4) Di non avere interessi personali di qualsiasi natura anche non patrimoniali con il soggetto di cui al punto 1) ero ad esso collegati;
- 5) Che i seguenti soggetti: coniuge/convivente, parenti ed affini entro il secondo grado non hanno interessi personali di qualsiasi natura anche non patrimoniali con il soggetto di cui al punto 1) ero ad esso collegati;
- 6) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali ha rapporti di frequentazione abituale o altro rapporto preferenziale;
- 7) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali il coniuge/convivente, i parenti ed affini entro il secondo grado, hanno rapporti di frequentazione abituale o altro rapporto preferenziale;
- 8) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali ha causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
- 9) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali il coniuge/convivente, i parenti ed affini entro il secondo grado hanno causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
- 10) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi ed organizzazioni di cui è tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni, anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente;
- 11) Di non avere ai sensi del comma 1) dell'art. 73 del DPR 445/2000, situazioni di confluenza che comportano possibilità di partecipare all'evento;

e pertanto, DICHIARA

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi così come è disciplinato dal D.P.R. n.62/2013.

[Faint signatures and stamps at the bottom of the page]

Handwritten text, possibly a list or notes, located in the lower-left quadrant of the page. The text is extremely faint and illegible.



Handwritten text, possibly a signature or date, located in the lower-right quadrant of the page, below the portrait. The text is illegible.

REPVBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
FERRASINI

CARTA D'IDENTITA'

N° AS 0275329

01

Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti

Nome campo	Note	Campo obbligatorio
<i>Incaricato</i>		
Codice Fiscale	Codice fiscale dell'incaricato	✓ CRTMRZ69S29G273J
cognome	Testo – Max 50 caratteri	✓ CARTA
nome	Testo – Max 50 caratteri	✓ MAURIZIO
qualifica incaricato	- Dirigente - Non dirigente	✓ DIRIGENTE MEDICO
<i>Conferente</i>		
denominazione	Denominazione conferente – Max 500 caratteri	✓ MEDICAL NET s.r.l.
Codice Fiscale	Codice fiscale del conferente –P. IVA	
tipologia	- 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 - Privato persona giuridica senza CF rilasciato in Italia	✓10701351008

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	✓
sex	M = maschio; F = femmina	✓
Data Nascita	aaaa-mm-gg	✓

Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)

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	

Incarico

Anno Riferimento	aaaa – Non può essere anteriore al 2006	✓RELATORE AL WORKSHOP NUTRIZIONE E METABOLISMO ROMA 15 DICEMBRE 2017
tipologia	- arbitro - direzione e coordinamento lavori, collaudo e manutenzione opere pubbliche - consiglio di amministrazione - collegio sindacale - revisore dei conti - docenze - commissioni - rilevazioni e indagini statistiche	

- consulenze tecniche
- commissari ad acta
- altre tipologie

Data Autorizzazione aaaa-mm-gg ✓
Data Inizio incarico aaaa-mm-gg ✓ **2017-12-15**
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 ✓ **600 EURO LORDI**
 - presunto ✓

importo L'importo deve essere espresso ✓
 in euro.

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 L'importo deve essere espresso ✓ **600**
 in euro.

anno	aaaa	✓ 2017
-------------	------	---------------

Gentile Dott.
Maurizio Carta

Roma, 10 novembre 2017

Affidamento d'incarico

Con la presente, Le confermiamo l'incarico per la partecipazione all'evento:

NUtrizione & METAbolismo workshop

(Roma, 15 dicembre 2017)

Compenso: € 600,00* (euro seicento/00)
al lordo delle ritenute fiscali e previdenziali di legge

Per ottemperare alle vigenti leggi in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi di cui al Decreto legislativo n. 165 del 30/03/2001 e a quanto previsto nel Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 in materia di protezione dei dati personali, dovrà restituirci compilati, oltre alla presente, **entro 15 giorni** dal ricevimento, gli **allegati nn. 1 e 2** via posta, fax o posta elettronica.
Si prega altresì di inviare l'**autorizzazione da parte del proprio Ente di Appartenenza** alla effettuazione dell'incarico conferito (se applicabili le norme del D.Lgs 165/2001) non appena ricevuta, per consentire la liquidazione del compenso pattuito.

Ringraziando per la collaborazione, inviamo cordiali saluti

MEDICAL NET Srl
Il Rappresentante Legale
Dott. Paolo Greco



Letto e sottoscritto per accettazione

*Detto importo verrà corrisposto a ricevimento di regolare fattura o parcella. Le ricordiamo gli estremi che devono essere riportati sul documento fiscale che ci farà pervenire in originale:

Nome e Cognome

Indirizzo completo

Data e luogo di nascita

Codice Fiscale/ P.IVA

Data emissione

Numero progressivo

Oggetto prestazione dettagliato

Compenso lordo

Ritenuta/ IVA/ altre ritenute (es: INPS) a seconda della sua disciplina fiscale

IBAN

Ai sensi di legge solo in presenza di tutti gli elementi sopra riportati, provvederemo alla registrazione del suo documento e al conseguente bonifico che avverrà a 60 giorni fine mese dalla ricezione dello stesso.

ALLEGATI

1. Nota informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali
2. Autocertificazione dello status ai fini del conferimento di incarichi

