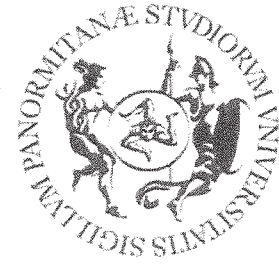


Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0006087

Palermo 2-05-2018

Alla Dott.ssa Maria Cappello
U.O.C. di Gastroenterologia

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 23.04.2018 prot. 5738, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale in qualità di Relatore e Tutor all'evento dal titolo: "VI ITALIAN IBD COURSE" che si terrà a Riccione il 10 maggio 2018, e preso atto del nulla osta rilasciato dal Responsabile della P.C.T., 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. F. Di Bella

Il Direttore Sanitario
Dott. M. Montalbano

BA



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone**



DI.BI.MIS.GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA (58.01)

Prot N 159/GASTRO

Palermo 23/04/2018

Al Direttore Amministrativo
AOUP

OGGETTO: Richiesta autorizzazione incarico di relatore e tutor VI Italian IBD Course
~~Dott.ssa Maria Cappello~~

La sottoscritta Dott.ssa Maria Cappello, nata ad Agrigento 11/01/1961 e residente a Palermo in via Duca della Verdura 27, Dirigente Medico presso UOC Gastroenterologia ed Epatologia 58.01, matricola 40531 chiede alla SV autorizzazione ad espletare incarico di relatore e tutor all'evento "VI ITALIAN IBD COURSE" da svolgersi il 10 maggio 2018 a Riccione come da Lettera di Incarico del Provider FC eventi. Si precisa che l'incarico verrà svolto come prestazione occasionale e al di fuori dell'orario di servizio.

Cordiali Saluti

Dott.ssa Maria Cappello
A.O.U. Policlinico di Palermo
~~U.O.C. Gastroenterologia ed Epatologia~~
Dott.ssa MARIA CAPPELLO
Cod. ENPAM 300110819S
PA 017R

Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico "P. Giaccone"
Direzione Aziendale
R 23 APR. 2018
Prot. N. 0005738

5/1.0
Cappello



Gent. Dr.ssa Maria Cappello
Dirigente Medico U.O. Gastroenterologia ed Epatologia
Policlinico di Palermo

Gentile Dottoressa,

a seguito delle intese intercorse, siamo lieti di confermare l'incarico a partecipare in qualità di Relatore e Tutor al VI Italian IBD Course previsto a Riccione nei giorni 09-11 Maggio 2018 come segue:

Giovedì 10 Maggio

- 08:30 (Relatore) *Esperienze a confronto: il ruolo dei corticosteroidi nella real life della Colite Ulcerosa*
- 09:30 (Tutor) *Lavoro a piccoli gruppi sui contributi scientifici*

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.

Dietro presentazione via posta ordinaria di regolare FATTURA O RICEVUTA OCCASIONALE, Le sarà corrisposto un compenso nella misura complessiva di euro 400,00 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 DATA FATTURA.

La invitiamo cortesemente a 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 FC EVENTI 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)..... **richiede AUTORIZZAZIONE e sarà Sua cura provvedere a richiedere autorizzazione, inviando OBBLIGATORIAMENTE a FC EVENTI 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 FC EVENTI 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 FC EVENTI 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.

Data, li 23.04.2018

DATA E FIRMA DI ACCETTAZIONE

23.04.2018 *Anna Gola*

SIPREGA DI COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI UN STAMPATELLO

Dati personali:

Il sottoscritto..... CAPPELLA MARIA(Cognome e Nome completo anche di secondo nome come risultante da certificato di attribuzione di Codice fiscale **DA INVIARE IN ALLEGATO**)

Nato a..... AGMCEM il..... 11/01/1961

Residenza (città e indirizzo completo)..... PAVERNA VIA DUCA DELLA VANDREA 27 Codice Fiscale..... CCMRA33A089R..... indirizzo mail..... marica.cappella@tiscali.it.....

Dati bancari: obbligatorio dal 01/01/2008 ai sensi del Regolamento (CE) 2560/2001 l'utilizzo per i pagamenti del codice IBAN (27 caratteri)

I	T	5	9	E	0	2	0	0	8	0	4	6	8	2	0	0	0	3	0	0	3	4	7	4	4	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

c/c intestato a..... CARLENA MARIA

Banca..... UNICREDIT Indirizzo..... PAVERNA VIA ROMA A

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46-48 D.P.R. 445/00 consapevole della responsabilità cui va incontro

- di ESSERE in possesso della seguente PARTITA IVA.....
oppure
- di NON essere in possesso di PARTITA IVA

E DICHIARA

- di essere iscritto ALL' ORDINE PROFESSIONALE..... ORDINE DEI MEDICI PAVERNA
- di essere SPECIALIZZANDO in.....

E DICHIARA

- di godere ex lege della condizione giuridico-professionale per espletare la consulenza richiesta.

Firma..... [Signature]

At sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che i Suoi dati personali verranno trattati - in modo lecito e secondo correttezza, anche con l'ausilio di strumenti automatizzati, telematici ed informatici - esclusivamente per le finalità inerenti alla Sua consulenza professionale, nel pieno rispetto della Sua privacy e delle modalità di legge. Tra le finalità anzidette sono compresa quella connessa al sito ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum dei docenti e dei responsabili scientifici nella Banca Dati del Sito ECM, accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti partecipanti", in virtù del principio di necessità del trattamento ex art. 3 D.Lgs. 196/03, come richiamato da Conn. Ministero della Sanità - Commissione ECM del 03/12/03. La informiamo che la Sua autorizzazione al trattamento dei dati personali, che comprende altresì l'invio agli sponsor dell'evento, su richiesta, della presente lettera d'incarico e della fattura/quietanza per collaborazione occasionale riguardante il compenso da Lei percepito, risulta essenziale per l'adempimento delle prestazioni dovute e per raggiungere gli scopi previsti. La mancata autorizzazione, pertanto, comporta l'impossibilità di procedere secondo le previsioni contrattuali e l'interruzione del presente rapporto, senza pregiudizio per quelli successivi. Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/03, Lei ha diritto di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione dei dati che La riguardano e di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Suoi dati non in linea con le finalità dichiarate. Titolare del Trattamento è FC EVENTI s.r.l. Via Santo Stefano n. 42 - 40125 Bologna.
Prezo otto dell'informativa di cui sopra, autorizzo FC EVENTI s.r.l. al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate.

Data..... 23.04.2018

Firma..... [Signature]

PER IL PAGAMENTO

Per poter provvedere al saldo della Sua prestazione che costituisce oggetto della presente lettera d'incarico è necessario che LEI ci invii la seguente documentazione **SENZA ATTENDERE SOLLECITI O INVIO DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA PARTE NOSTRA:**

LEI DOVRÀ INVIARE PRIMA DELL'EVENTO IN ORIGINALE VIA POSTA:

- 1) **pagine n. 1, 2 e 3 della PRESENTE LETTERA D'INCARICO:** inviare PRIMA del congresso/corso, inserendo su tutte e tre le pagine la DATA di effettiva accettazione dell'incarico PRIMA DEL congresso/corso.
- 2) **AUTORIZZAZIONE dell'Ente o COMUNICAZIONE all'Ente, SOLO SE per Lei necessaria:** inviare PRIMA del congresso/corso. In caso di ritardo dell'Ente nell'invio dell'AUTORIZZAZIONE già richiesta, inviare UNITAMENTE a fattura o ricevuta per collaborazione occasionale da redigere successivamente al rilascio dell'autorizzazione.
N.B. in mancanza di autorizzazione o di copia della comunicazione, quando queste sono necessarie, il saldo della prestazione NON potrà aver luogo.

LEI DOVRÀ INVIARE DOPO L'EVENTO IN ORIGINALE VIA POSTA:

- A. **per chi NON ha partita IVA:** RICEVUTA per collaborazione occasionale UNITAMENTE alla DICHIARAZIONE che segue che NON costituisce singolarmente ricevuta.
Ricevuta e dichiarazioni dovranno essere inviate DOPO il congresso ENTRO 30 giorni dal termine dello stesso INSERENDO LA DATA DI EFFETTIVA REDAZIONE DEL DOCUMENTO dopo l'evento e DOPO il rilascio dell'autorizzazione/effettuazione della comunicazione, quando necessarie, SENZA attendere ulteriori solleciti o invio di documentazione da parte nostra.
- B. **per chi ha partita IVA:** FATTURA con IVA e Ritenuta d'acconto o esplicita indicazione delle ragioni di esenzione/non assoggettamento alle stesse.
La fattura dovrà essere inviata DOPO il congresso ENTRO 30 giorni dal termine dello stesso. INSERENDO LA DATA DI EFFETTIVA REDAZIONE DEL DOCUMENTO dopo l'evento e DOPO il rilascio dell'autorizzazione/effettuazione della comunicazione, quando necessarie, SENZA attendere ulteriori solleciti o invio di documentazione da parte nostra.

L'invio della documentazione sopra indicata dovrà essere da Lei cortesemente effettuato nelle tempistiche esposte SENZA attendere ulteriori richieste, SENZA ATTENDERE SOLLECITI, SENZA ATTENDERE INVIO DI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA PARTE di FC EVENTI srl

PAGAMENTI: il saldo della prestazione avverrà ENTRO 30 giorni fine mese dalla data del ricevimento della suddetta documentazione COMPLETA o dal completamento della stessa.

IMPORTANTE: FC EVENTI srl, in ottemperanza a quanto previsto dall'art.53 D.Lgs.165/01, provvederà alla comunicazione al Suo Ente di appartenenza dei compensi a Lei erogati solo nell'ipotesi in cui Lei abbia ottenuto regolare autorizzazione dal Suo Ente oppure abbia effettuato all'Ente regolare comunicazione avente ad oggetto la prestazione resa, fornendone a FC EVENTI copia protocollata nei termini sopra precisati (punto 2).

Per accettazione

Data.....23.04.2018.....

Firma..........

Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti**Sezione Dipendenti**

Nome campo	Note	Campo obbligatorio
------------	------	--------------------

Incaricato

Codice Fiscale	CPPMRA61A51A089R	✓
----------------	------------------	---

cognome	CAPPELLO	✓
---------	----------	---

nome	MARIA	✓
------	-------	---

qualifica incaricato	- Dirigente Medico	✓
----------------------	--------------------	---

Conferente

denominazione		✓
---------------	--	---

F Eventi srl

Codice Fiscale 11406311006

tipologia	- privato persona giuridica	✓
-----------	-----------------------------	---

con CF rilasciato in Italia

-

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	✓
------	--------------------------	---

sesto	M = maschio; F = femmina	✓
-------	--------------------------	---

Data Nascita	aaaa-mm-gg	✓
--------------	------------	---

Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)

Codice Fiscale C.F./P.IVA - IT 02696311204

Partita Iva

denominazione		✓
---------------	--	---

FC eventi srl

Tipologia Azienda	Codice tabella esterna	✓
-------------------	------------------------	---

Codice Comune Sede legale

Via Santo Stefano, 42 - Bologna

Incarico

Anno Riferimento	2018	✓
------------------	------	---

tipologia	- docenza	✓
-----------	-----------	---

Data Autorizzazione		✓
---------------------	--	---

Data Inizio Incarico	10-05-2018	✓
----------------------	------------	---

Data Fine Incarico	10.05.2018	✓
--------------------	------------	---

Doveri Ufficio	-si	✓
----------------	-----	---

-no

Incarico Saldato		✓
------------------	--	---

Tipo Importo	- Euro 400 lorde	✓
--------------	------------------	---

importo	L'importo deve essere espresso	✓
---------	--------------------------------	---

in euro.

Riferimento normativo incarico

comma		
-------	--	--

articolo	Art 53 comma 11	✓*
----------	-----------------	----

numero	DLgs 165/2001	✓*
--------	---------------	----

data		✓*
------	--	----

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	400 euro	✓
---------	----------	---

anno	Previsto pagamento entro 30 gg dalla data della docenza	✓
------	--	---



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACONE
DI PALERMO



DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

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

Il/la sottoscritto/a MARIA CAPELLA nato/a AGRIGENTO
 il 23/04/16 individuato come partecipante all'evento formativo: VI ITALIAN IBS CORSO
 sponsorizzato da SU INVITO PROVINCIALE FC SIKKI
 in data 20/03/2018 presso la località di RICCAFFE

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto prescritto dagli artt 75 e 76 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 l'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) e/o ad esso collegati;
- 3) Che i seguenti soggetti: coniuge/convivente, parenti od affini entro il secondo grado, non hanno rapporti finanziari con il soggetto di cui al punto 1) e/o ad esso collegati;
- 4) Di non avere interessi personali di qualsiasi natura anche non patrimoniali con il soggetto di cui al punto 1) e/o ad esso collegati;
- 5) Che i seguenti soggetti: coniuge/convivente, parenti od affini entro il secondo grado, non hanno interessi personali di qualsiasi natura anche non patrimoniali con il soggetto di cui al punto 1) e/o 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 od 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 od 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 od 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 di Legge, ulteriori gravi ragioni di convenienza che comportano l'impossibilità di partecipare all'evento;

e pertanto, DICHIARA

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse così come disciplinate dal D.P.R. 62/2013.

Palermo, li 23.04.2018

Firma Maria Capella