

Azienda Ospedaliera Universitaria  
"Policlinico Paolo Giaccone"  
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0003451

Palermo 09-03-2018

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

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse  
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 07.03.2018 prot. 3294, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale in qualità di Coordinatore Scientifico al Workshop dal titolo "Sicilia VI Workshop on HIV & epatiti co-infection" che si svolgerà a Palermo il 3, 4 e 5 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

DA



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone Palermo**

Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico "P. Giaccone"  
Direzione Aziendale  
**R** 07 MAR. 2018  
Prot. N. 0003284

U.O.C. Malattie Infettive Cod. 24.01 Direttore Prof. A. Cascio

Palermo 07.03.2018

Al Sig Direttore Amministrativo  
Al Sig Direttore Sanitario  
AOUP Loro sedi

Oggetto : Richiesta autorizzazione

Il Sottoscritto dr Giovanni Mazzola , in servizio come dirigente medico c/o la UOC Malattie Infettive Chiede alle SSLL l'Autorizzazione a partecipare nella qualità di COORDINATORE SCIENTIFICO (retribuito al di fuori dell'orario di servizio) al Workshop da noi organizzato dal titolo : "SICILIA VI Workshop on HIV & hepatitis co-infection " che si svolgerà a Palermo presso l'Hotel Piazza Borsa nelle date del 3,4 e 5 maggio 2018.

Si Allegano : lettera di incarico , dichiarazione di insussistenza di conflitto di interesse,modulistica aziendale e documento di riconoscimento in fotocopia .

Cordiali saluti  
Dr Giovanni Mazzola  
*Giovanni Mazzola*

Università degli Studi di Palermo  
A.O.U.P. "P. Giaccone" PALERMO  
Prevenzione Corruzione e Trasparenza  
Incontroabile, Non solo Maria Consiglia

Egr. Dott. Giovanni Mazzola

Oggetto: Incarico professionale

COLLAGE S.p.A., con sede legale in Palermo, Via Umberto Giordano n.37/A, C.F. e Reg. Imp. 04135950824, REA 1737361, Partita I.V.A. 04135950824, nella persona del suo legale rappresentante Sig. Pietro Sola,

## PREMESSO

che l'art. 2222 e seguenti del Codice Civile regolano il presente contratto, in quanto trattasi di prestazione d'opera da effettuarsi in modo autonomo e senza alcun vincolo di subordinazione, con carattere occasionale tale da escludere qualsiasi accordo di continuità dell'incarico stesso

## LE AFFIDA

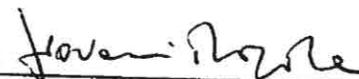
l'incarico in qualità di Responsabile Scientifico al Corso ECM "SICILIA: VI Workshop on HIV & Hepatitis Co-infection", che si svolgerà in data 04/05/2018-05/05/2018 presso GRAND HOTEL PIAZZA BORSA - Via dei Cartari, 18 - Palermo

Si precisa che:

1. Per tale incarico Le sarà corrisposto un compenso lordo pari ad € 2.000,00 (duemila/00euro) dietro presentazione di regolare ricevuta/fattura; detta somma comprende la ritenuta a titolo di acconto del 20% e il contributo previdenziale INPS, se applicabile. Qualora Lei fosse iscritto ad un Ente Previdenziale diverso dall'INPS (per es. ENPAM), La preghiamo di volerne indicare il numero sulla Sua ricevuta. Tale obbligo non sussiste in caso di emissione di fattura con partita IVA.
2. Tutti i dati e le informazioni riguardanti la società Collage S.p.A. di cui Lei entrerà in possesso nello svolgimento dell'incarico di cui trattasi, dovranno essere considerati riservati e dovranno essere utilizzati solo nell'ambito dell'esecuzione del contratto stesso;
3. Collage S.p.A. si impegna ad ottemperare, nell'esecuzione del presente accordo ad ogni prescrizione del T.U. Privacy (D. Lgs. 30.06.2003, n. 196) sulla tutela dei dati personali. I dati e le informazioni di cui Collage S.p.A. entrerà in possesso saranno utilizzati per finalità di natura amministrativa, contabile, anagrafica.
4. Collage S.p.A. è esonerata da ogni responsabilità in relazione ad infortuni professionali sia derivanti dallo svolgimento della prestazione, che per danni causati a persone e/o cose in corso di contratto;
5. La S.V. deve indicare se necessita di autorizzazione da parte di Pubblica Amministrazione per lo svolgimento dell'incarico affidato. Le, ed in tal caso, ai sensi del combinato disposto degli artt. 1, 3 e 53 del D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e successive modifiche, si impegna a ottenere l'autorizzazione all'Amministrazione di competenza e a trasmetterne copia, manlevando Collage S.p.A. da qualsiasi tipo di responsabilità in merito, pena la non sottoscrizione del contratto medesimo.  
In conformità alla normativa sopra richiamata, sono dispensati dal richiedere la predetta autorizzazione i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al cinquanta per cento di quella a tempo pieno, i docenti universitari a tempo definito e le altre categorie di dipendenti pubblici ai quali è consentito da disposizioni speciali lo svolgimento di attività libero-professionali.

Incarico soggetto ad autorizzazione della Pubblica Amministrazione  
(in questo caso è obbligatorio inviare copia alla Collage S.p.A. entro 15 giorni precedenti l'incarico)

Firma per accettazione



Incarico soggetto alla sola comunicazione alla Pubblica Amministrazione.

Firma per accettazione

Incarico NON soggetto ad autorizzazione della Pubblica Amministrazione.

Firma per accettazione

6. La S.V. dichiara altresì attraverso l'Allegato A di aver/non aver percepito nell'anno corrente redditi superiori ad € 5.000,00= (cinquemilaeuro) compreso il presente compenso, qualora non sia soggetto IVA. (APPLICABILE SOLO LADDOVE NON ABBIAMO PARTITA IVA).
7. Collage S.p.A. corrisponderà le somme concordate solo previa verifica dell'effettivo svolgimento dell'incarico e dietro presentazione di regolare fattura/notula, mediante bonifico bancario a 90 giorni fine evento dietro presentazione di regolare modulistica relativa al pagamento. Non è possibile presentare fattura/notula prima dell'espletamento dell'incarico da parte dell'incaricato.
8. La S.V. sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 48 c.25 del d.l.269/2003, convertito in legge il 25/11/2003, dichiara l'assenza di conflitto di interessi.
9. Per ogni eventuale controversia relativa alla interpretazione e/o esecuzione del presente contratto è competente in via esclusiva il Foro di Palermo.

In caso di accettazione l'incaricato è invitato a restituire entro e non oltre il 7 giorni dal ricevimento della stessa, al numero di fax 091 9889354, la presente lettera di incarico con gli allegati debitamente compilati in ogni sua parte, datata e sottoscritta in segno di espressa accettazione dell'incarico e dei termini e condizioni dell'incarico stesso.

Palermo, 02/03/2018

Collage S.p.A. - Pietro Sola - Presidente



Firma per accettazione



Informativa Privacy sintetica I dati personali forniti costituiscono oggetto di trattamento secondo le finalità e modalità descritte nell'informativa ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs. 196/2003. L'interessato gode di tutti i diritti previsti dall'Art. 7 del D.Lgs. 196/2003. L'informativa e i diritti dell'interessato sono pubblicati in forma completa su [www.collage-spa.it](http://www.collage-spa.it)

Data

Firma per accettazione

Corso ECM  
"SICILIA: VI Workshop on HIV & Hepatitis Co-infection"  
04/05/2018-05/05/2018 • Palermo  
GRAND HOTEL PIAZZA BORSA

Il/La sottoscritto/a **Giovanni Mazzola**, in qualità di Responsabile Scientifico, ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18, 19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012 ed ai sensi del D.Lgs. n. 165 del 30 Marzo 2001 e del D.P.R. n. 62 del 2013, per conto del Provider Collage S.p.A. - n. 309.

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dagli eventuali benefici acquisiti in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione

**DICHIARA**

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario (escluse le docenze a corsi/congressi ECM):

nessuna

(dichiara inoltre di essere consapevole di dover comunicare alla platea, prima dell'inizio della propria relazione, di aver avuto eventuali rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario)

**oppure**

di non aver avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

**DICHIARA INOLTRE**

**(compilare solo se DIPENDENTE della Pubblica Amministrazione)**  
 di avere fatto parte o di appartenere ad un ufficio e/o commissione le cui decisioni o attività abbiano o abbiano avuto, nel biennio precedente per l'azienda, un interesse economico significativo.

**(compilare solo se EX DIPENDENTE della Pubblica Amministrazione)**  
 di avere assunto decisioni o sottoscritto contratti, per conto del proprio ente di appartenenza, che hanno esercitato un impatto economico sullo sponsor durante il rapporto di pubblico impiego.

Data

7/3/2018

Firma

*Giovanni Mazzola*

**AUTOCERTIFICAZIONE PER QUALSIASI  
PROFESSIONISTA NON DOTATO DI PARTITA IVA**

Ai sensi dell'articolo 44 del DL 30/09/03 n. 269, convertito con modificazioni nella legge 24/11/03 n.326 e delle circolari Inps n.103/2004 e 124/1996

Il/La sottoscritto/a **Giovanni Mazzola**

nella sua qualità di lavoratore autonomo occasionale o a progetto

**DICHIARA**

che alla data del 05/05/2018 i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da parte di tutti i committenti, nell'anno 2018.

Punto 1

- hanno superato il limite annuo lordo di Euro 5.000,00 e/o 30 giorni  
(se iscritto alla gestione separata Inps si calcola 1/3 del 33,72% - se iscritto ad altra gestione si calcola 1/3 del 24,00%)
- non hanno superato il limite annuo lordo di Euro 5.000,00 e/o 30 giorni

Punto 2

- di essere escluso/a dall'obbligo del contributo di cui alla gestione separata ex L. 335/95, in quanto alla data del 01/04/96, era già pensionato/a con 65 anni di età ed ha chiesto la cancellazione dalla gestione separata.
- di essere esonerato/a dal contributo alla gestione separata, in quanto professionista iscritto/a a Cassa Professionale di cui al D.Lgs 103/96 n. \_\_\_\_\_ e alla quale versa la contribuzione sul compenso oggetto della presente attività.

Punto 3

- di essere iscritto/a alla seguente forma previdenziale obbligatoria

\_\_\_\_\_ quale:

- Pensionato/a  Lavoratore subordinato/a-autonomo/a
- di non essere iscritto/a ad altra forma previdenziale obbligatoria.

Punto 4

- di svolgere la propria attività/servizio presso la seguente struttura pubblica:

AOUP Policlinico Milano

Collage S.p.A. provvederà, solo nel caso in cui l'incarico sia soggetto ad autorizzazione della Pubblica Amministrazione, entro quindici giorni dall'erogazione del compenso, a comunicare alla struttura sopra citata, l'ammontare dello stesso a Lei erogato, la data di conferimento, la durata, la tipologia dell'incarico, ai sensi dell'art. 53 d. lgs. 165/2001 e successive modificazioni.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'articolo 26 della legge 15/68 e del Dpr n. 403/1998, si impegna a comunicare, anche successivamente alla data odierna, l'eventuale superamento del limite annuo lordo di euro 5.000,00.

Data 05/05/2018

Firma

Giovanni Mazzola

Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti	Note	Campo obbligatorio
Nome campo		
Incaricato		
Codice Fiscale cognome	Codice fiscale dell'incaricato	✓ M77GAW 57 S14 C06712
nome	Testo - Max 50 caratteri	✓ MATTIOLI
qualifica incaricato	Testo - Max 50 caratteri	✓ CUIOVANNI
	- Dirigente	✓ RILASCIATO REMO
	- Non dirigente	
Conferente 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	
	- Privato persona giuridica senza CF. rilasciato in Italia	

Colmare Casarini SA

**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	✓
Sesso	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	✓
Indirizzo Comune Sede	Obbligatorio solo se Società e se estero = N	

Dr. Paolo Sola Ufficiale di Pubblica Istruzione  
04135850824

Carico	aaaa - Non può essere	✓
Numero Riferimento	precedente al 2006	
Tipologia	- arbitrato	✓
	- direzione e coordinamento lavori	
	- collaudo e manutenzione opere pubbliche	
	- consiglio di amministrazione	
	- collegio sindacale	
	- revisore dei conti	
	- licenze	
	- commissioni	

Data Autorizzazione  
Data Inizio incarico  
Data Fine incarico

- altre tipologie  
aaaa-mm-gg  
aaaa-mm-gg

4.5.2018  
05.5.2018

aaaa-mm-gg - L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato

Doveri Ufficio

-si

Incarico Saldato

-no X

Tipo Importo

Indicare se l'incarico è stato  
saldato o meno

Importo

- previsto ✓  
- presunto ✓

2000,00 € L. 12

L'importo deve essere espresso  
in euro.

Riferimento normativo incarico

Testo - Max 50 caratteri

Comma

Testo - Max 50 caratteri ✓\*

Articolo

Testo - Max 50 caratteri ✓\*

Numero

aaaa-mm-gg ✓\*

Data

Indicare ad es. se trattasi di ✓\*

Riferimento

D.Lgs., D.L., legge... ecc... ✓\*

\*I campi contrassegnati sono obbligatori soltanto se l'incarico è stato conferito in applicazione di una specifica norma. Altrimenti, se l'incarico non è stato conferito in applicazione di una norma, il tag <RiferimentoNormativo> non va inserito.

Aggiornamento

L'importo deve essere espresso  
in euro.

Importo

no 2018

aaaa

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

Il sottoscritto GIOVANNI TURKOLT nato a CASSELBUONO (PA)  
il 14-11-57 residente a PALERMO in VIA ARIMONDI, 48  
in servizio presso UOC MALATTIE INFETTIVE

dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo

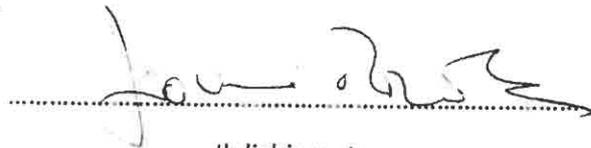
in riferimento all'incarico Scienze: VI WORKSHOP ON HIV & HEPATITIS  
Co-infection

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 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni  
mendaci

DICHIARA

L'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse così come disciplinato dall'Art.6 del  
DPR 62/2013

Palermo 7.3.2015



Il dichiarante

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità