

Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0004083

Palermo 21-03-2018

Alla Dott.ssa Gaetana Rinaldi
U.O.C di Oncologia Medica

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 07.03.2018 prot. 3309, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale di consulenza in qualità di relatore all'evento MELANOMA NET, sponsorizzato dal Comitato Scientifico di 3P Solution, che si terrà a Napoli il 15-16 marzo 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.

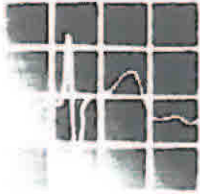
Appare il caso di ricordare che ai sensi dell'art. 61 comma 2 del D.Lvo n. 276/2003 "per prestazioni occasionali si intendono i rapporti di durata complessiva non superiore a 30 gg. nel corso dell'anno solare salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia superiore a 5 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



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
di Palermo**



Al Direttore Amministrativo
Dott. F. Di BELLA

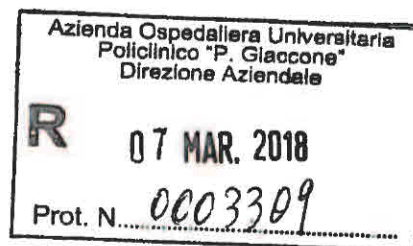
Oggetto: Richiesta autorizzazione attività occasionale

La Sottoscritta Dott.ssa Gaetana Rinaldi, in servizio presso l'U.O.C. di Oncologia di questa Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone,
chiede
l'autorizzazione per partecipare in qualità di relatore all'evento MELANOMA NET
che si terrà a Napoli il 15-16 marzo 2018 .

Distinti Saluti

Palermo 05-3-18

Dott.ssa Gaetana Rinaldi



Università degli Studi di Palermo
U.O.P. "P. Giaccone" PALERMO
Prevenzione Corruzione e Trasparenza
Dott.ssa Maria Cristina L...

ALLA C.A. DELLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDA POLICLINICO
P.GIACCONE PALERMO

Codice Fiscale RNLGTN64C70G511G
cognome RINALDI
nome GAETANA ✓
qualifica incaricato - Dirigente MEDICO UOC
Oncologia Medica

Conferente 3Psolution srl via marradi 3,20123 milano
denominazione MELANOMA.NET

tipologia - pubblico ✓

Incarico

Anno Riferimento 2018
tipologia - MELANOMA.NET
Data Autorizzazione
Data Inizio Incarico 15-3-2018
Data Fine incarico 16-3-2018
Doveri Ufficio -si

Incarico Saldato NON SALDATO ✓
Tipo importo - 800 EURO LORDI


Riferimento normativo incarico

comma 9
articolo ART 53
numero D LGVO 165/2001
data
riferimento

* 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.

Regamento
importo 800 EURO LORDI

| |
|------------------|
| anno 2018 |
|------------------|

| | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------------|------------------|
|  | LETTERA DI INCARICO e DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSE | MOD 24 | | |
| | | Revisione 10 | Data 10 marzo 2017 | Foglio 1 di 3 |

MELANOMA.NET – Edizione 2018
 15-16 marzo 2018, Napoli Hotel Royal Continental

Gentile Prof.ssa Gaetana Rinaldi,

con la presente, a nome del Comitato Scientifico di 3P Solution e del Responsabile Scientifico dell'evento, Le confermiamo l'incarico a partecipare in qualità di Relatore e Discussant all'evento "MELANOMA.NET – Edizione 2018", che si terrà a Napoli nei giorni 15-16 marzo.

Accettazione dell'incarico:

L'incarico è considerato accettato nel momento in cui ci restituirà i **documenti indispensabili all'accREDITAMENTO ECM entro il 12 febbraio 2018:**

1. La conferma del suo nome, cognome e codice fiscale, così come appaiono sui documenti via a sibra@3psolution.it
2. Scheda iscrizione e Consenso al trattamento dei dati in originale a 3P Solution srl, oppure via mail a sibra@3psolution.it o via fax al numero 02-36631640
3. Copia della presente lettera d'incarico e del conflitto di interessi debitamente compilati e controfirmati su entrambe le pagine, in originale a 3P Solution srl, via Marradi 3, 20123 – Milano
 - a. Le ricordiamo che, ai fini del regolamento ECM, sarà necessario dichiarare lo status relativo al conflitto di interesse nella **presentazione in sede** di evento (PPT). **In ogni caso, il provider è tenuto a dichiararlo su richiesta dei partecipanti.**
4. Curriculum vitae in formato europeo con firma autografa e riportante la seguente autorizzazione: "Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel mio curriculum vitae in base al D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003", via mail sibra@3psolution.it
5. Breve abstract della Sua relazione e 5 domande con 4 risposte di cui 1 corretta, da inviare per e-mail a sibra@3psolution.it
6. Nome, indirizzo e-mail e numero di telefono del sostituto in caso di assenza all'evento per cause di forza maggiore, anche impreviste via e-mail a sibra@3psolution.it.

Ricordiamo che, alla luce del nuovo Regolamento ECM, è fondamentale inviare al Provider i documenti originali entro la scadenza individuata per procedere alla compilazione della situazione legata al conflitto di interessi. Per questo chiediamo la Vostra collaborazione.

Corrispettivo economico:

A fronte dell'incarico conferito, 3P Solution Srl si impegna a corrispondere, a seguito di ricevimento di idonea documentazione fiscale, la somma di € 800,00 al lordo delle ritenute di Legge. Il corrispettivo sopra indicato sarà erogato dietro presentazione di idonea documentazione fiscale, che, per motivi fiscali e di bilancio, dovrà pervenire entro 30 giorni dalla fine dell'evento e comunque non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello in cui si è svolta la prestazione. Il corrispettivo verrà erogato a 90 (novanta) giorni dalla data di fattura. **In ogni caso il pagamento della notula avverrà solo in caso di realizzazione dell'evento e a prestazione erogata.**

Dichiarazione autorizzazione ente:

Con la firma della presente, ai sensi del D.P.R 445 del 28/12/2000 l'incaricato autocertifica di *(indicare con una X la situazione relativa all'autorizzazione ente):*

- non necessitare dell'autorizzazione dal proprio Ente, in quanto dotato di autorizzazione permanente da parte del proprio Ente di assenza delle condizioni ostative previste dalla Legge, in merito all'attività sopradescritta.

| | | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Emesso da RSGQ | Data 7 gen 2015 | Approvato da AU | Data 7 gen 2015 | Revisione 8 |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|

| | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------------|------------------|
|  | LETTERA DI INCARICO e DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSE | MOD 24 | | |
| | | Revisione 10 | Data 10 marzo 2017 | Foglio 2 di 3 |

- provvedere autonomamente a richiedere ed ottenere la stessa autorizzazione prima della data dell'evento. In questo caso, con la firma della presente lettera di incarico il relatore si impegna a richiedere l'autorizzazione, entro i tempi previsti e a fornire al Provider copia della lettera, per l'espletamento dell'incarico.

Dichiarazione di trasparenza dei trasferimenti di valore (Codice Deontologico di Farmindustria):

Il sottoscritto con la firma della presente, ai sensi degli obblighi di trasparenza dei trasferimenti di valore tra le industrie farmaceutiche, gli operatori sanitari e le organizzazioni sanitarie previsti dall'art 5 del Codice Deontologico di Farmindustria, dichiara quanto segue (*indicare con una X la scelta*):

- Presta** il consenso alla pubblicazione individuale dei dati connessi ai trasferimenti di valore relativi a spese di partecipazione a convegni e congressi, (quota d'iscrizione, viaggio e ospitalità), spese per attività di consulenza e prestazioni professionali non rientranti nelle attività precedenti. I dati verranno pubblicati sul Sito Web Aziendale dello sponsor per un periodo di almeno 3 anni dal momento della pubblicazione.
- Non presta** il consenso alla pubblicazione dei dati su base individuale. In tale ipotesi i dati verranno pubblicati sul Sito Web Aziendale dello sponsor su base aggregata.

Ringraziando per la cortese attenzione e lieti dell'incontro professionale porgiamo i migliori saluti.

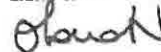
Per accettazione

Il legale Rappresentante

Data

Firma:

Elena Lanati



| | | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Emesso da RSGQ | Data 7 gen 2015 | Approvato da AU | Data 7 gen 2015 | Revisione 8 |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|

| | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------------|------------------|
|  | LETTERA DI INCARICO e DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSE | MOD 24 | | |
| | | Revisione 10 | Data 10 marzo 2017 | Foglio 3 di 3 |

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSE

La sottoscritta Prof.ssa Gaetana Rinaldi in qualità di Relatore e Discussant, ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto di 3P Solution

Dichiara

che negli ultimi due anni non ha svolto attività in conflitto di interessi con la formazione accreditabile ECM, non ha ricevuto finanziamenti né rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

oppure

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

Le ricordiamo che, ai fini del regolamento ECM, sarà necessario dichiarare lo status relativo al conflitto di interesse nella presentazione in sede di evento.

Data e Luogo:

Firma _____

| | | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Emesso da RSGQ | Data 7 gen 2015 | Approvato da AU | Data 7 gen 2015 | Revisione 8 |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|