



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0004160

Palermo 22-03-2018

Alla Dott.ssa Antonietta Alongi
U.O.C. di Anestesia e Rianimazione

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 12/03/2018 prot. 3524, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale di docenza al Master di II Livello in "Terapia del Dolore" dal 14/10/2017 al 24/06/2018, 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.

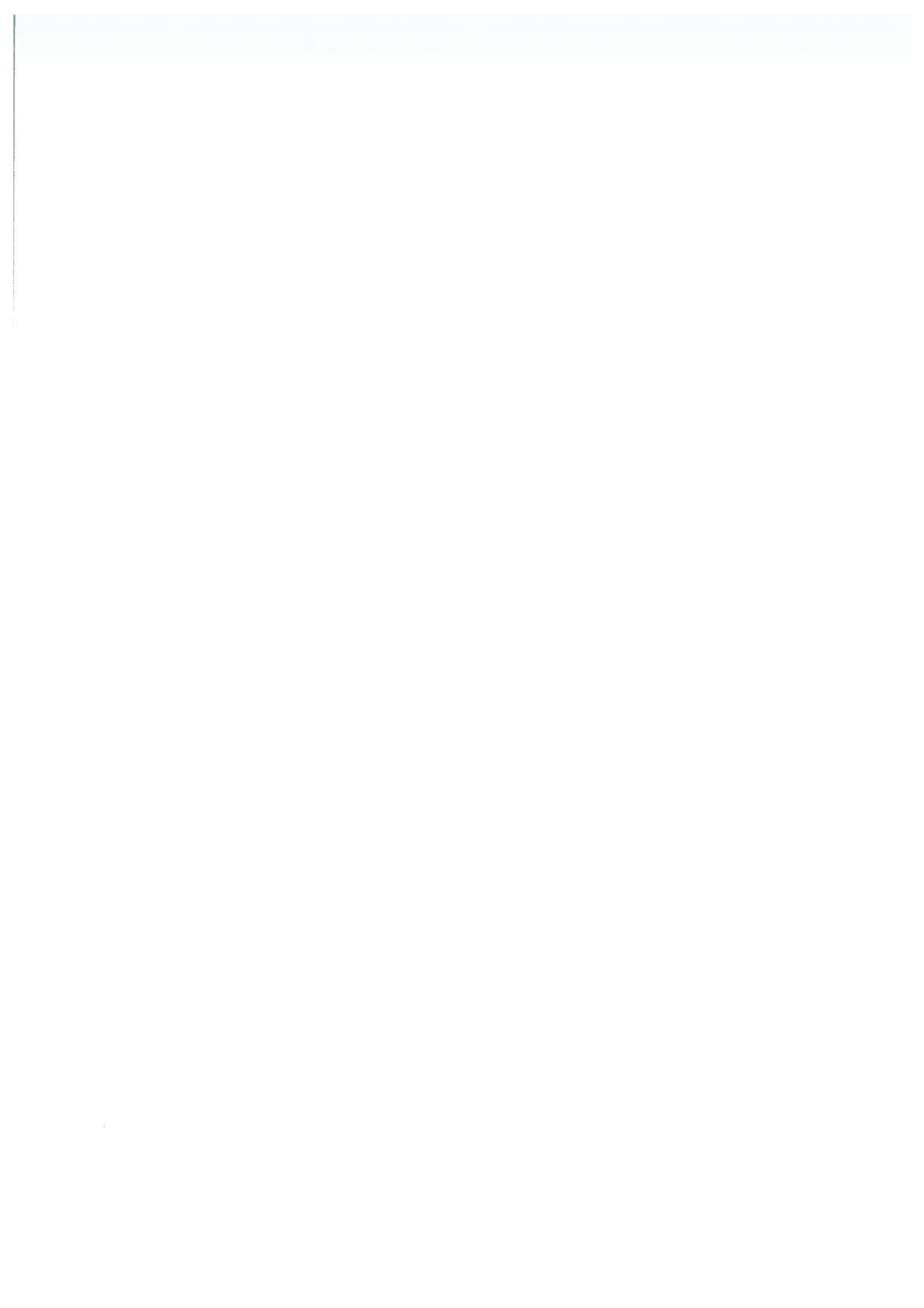
Appare il caso di ricordare che ai sensi dell'art. 61 comma 2 del D.Lvo n. 276/2003 "per prestazioni occasionali si intendono i rapporti di durata complessiva non superiore a 30 gg. nel corso dell'anno solare salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia superiore a 5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



Al Direttore Generale A.O.U.P

Al Direttore Sanitario A.O.U.P

Al Direttore Amministrativo A.O.U.P

Al Responsabile dell'Area Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane A.O.U.P.

Al Direttore U.O.C Anestesia Rianimazione con Terapia Intensiva Polivalente



Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla Svolgimento di incarico occasionale extraistituzionale ai sensi dell'art. 53, del D.Lgs: 30/03/2001 n° 165

La sottoscritta **Antonietta Alongi**, matricola 40590, in servizio presso l'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione con Terapia Intensiva e del Dolore di codesta A.O.U.P., Area Sanitaria, con la qualifica di Dirigente Medico con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere attività di Docenza al **Master di II Livello in "Terapia del Dolore"** per A.A. 2016/2017, Università degli Studi di Palermo

A TAL FINE DICHIARA CHE:

- non sussistono motivi di incompatibilità allo svolgimento della su indicata attività;
- lo svolgimento dell'attività non arrecherà pregiudizio all'espletamento dei compiti di ufficio;
- di non possedere Partita IVA e di non effettuare l'incarico a titolo professionale;
- che l'importo presunto del compenso sarà inferiore a euro 5.000,00 nell'arco dell'anno solare.

Il sottoscritto si impegna a svolgere il suddetto incarico in modo occasionale e saltuario, compatibilmente ai propri compiti istituzionali e nel pieno rispetto delle disposizioni del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 D. Lgs. 165/201, emanato con decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16/4/2013, i cui principi ed i contenuti costituiscono specificazioni esemplificative degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa, al fine di incorrere in situazioni di incompatibilità

Palermo, 07/03/2018

Firma

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



DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

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

Io/la sottoscritto/a ANTONIETTA ALONGI nata/a PALERMO
il 01/02/1970 individuato come DOCENTE all'evento formativo: MASTER II LIV. "TERAPIA DEL DOLORE"
sponsorizzato da UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO
in data 14.10.2017 - 24.06.2018 presso la località di PALERMO
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. PR. 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 ed 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 ed 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 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 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;

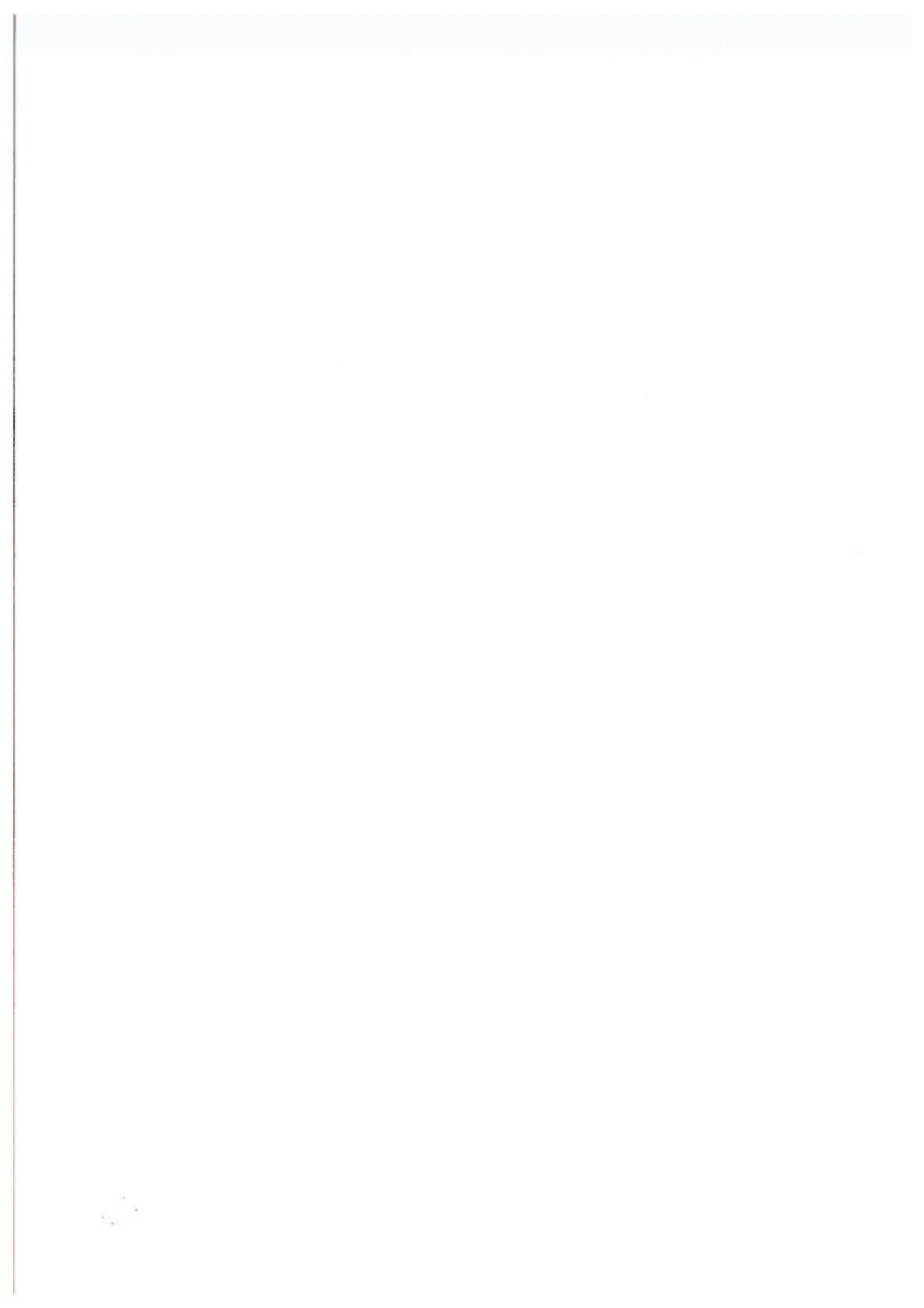
e pertanto, DICHIARA

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

Palermo, il 07/03/2018

Firma

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore



Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti

Nome campo

Incaricato

Codice Fiscale

cognome

nome

qualifica incaricato

Note

Codice fiscale dell'incaricato

Testo – Max 50 caratteri

Testo – Max 50 caratteri

- Dirigente

- Non dirigente

Campo obbligatorio

LNGNNT70B41G273A

ALONGI

ANTONIETTA

DIRIGENTE MEDICO

ANESTESIOLOGO

Conferente

denominazione

Denominazione conferente –
Max 500 caratteri

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PALERMO

Codice Fiscale

Cod. fisc. del conferente –

8002373825

P. IVA

00605880822

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

✓

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

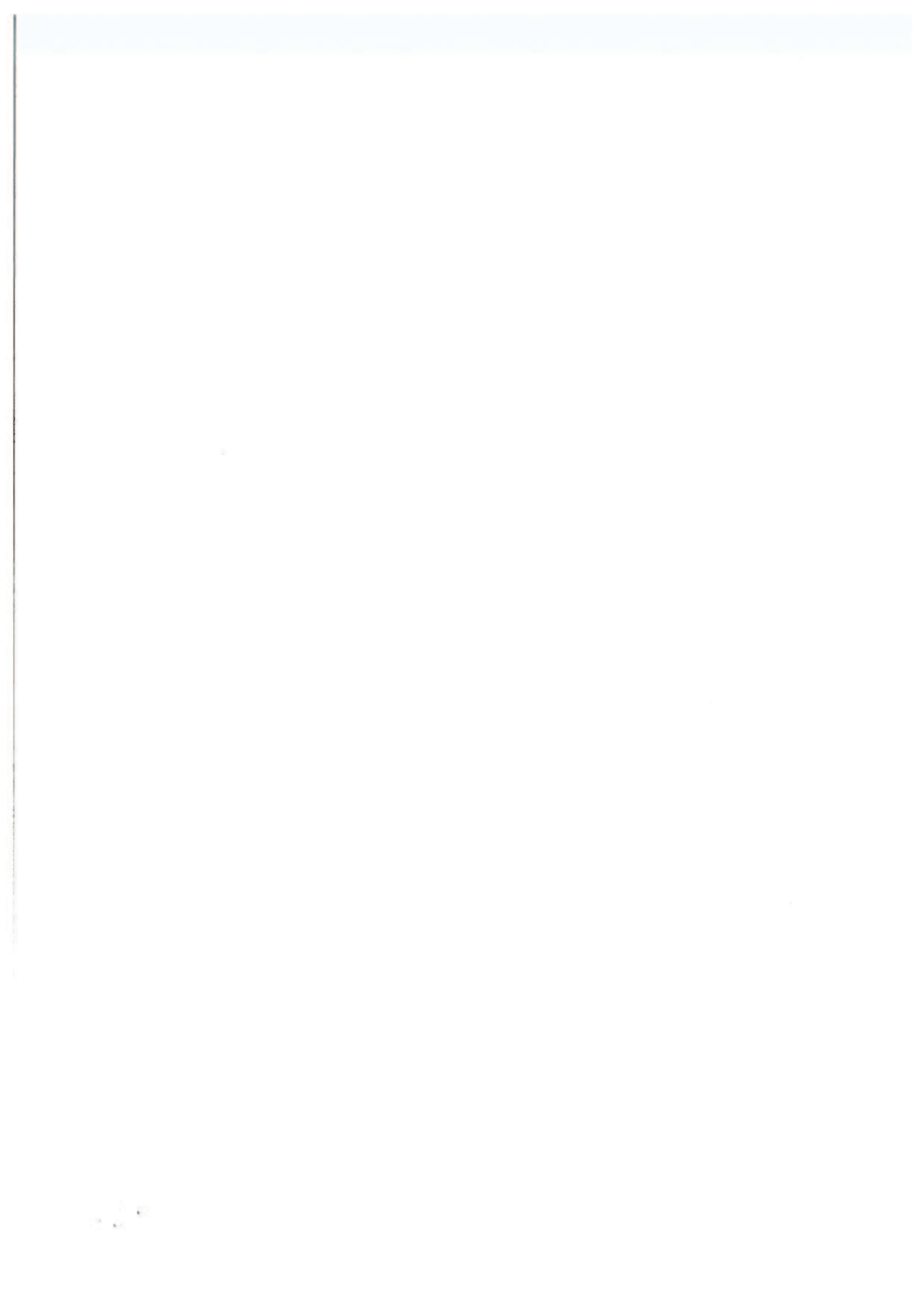
aaaa – Non può essere
anteriore al 2006

2017

tipologia

- arbitrate
- 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

MASTER II LIVELLO TERAPIA DEL
DOLORE 2016/2017
(N. ORE 28)



- commissari ad acta
- altre tipologie

Data Autorizzazione aaaa-mm-gg
Data Inizio incarico aaaa-mm-gg 14/10/2017
Data Fine incarico aaaa-mm-gg – L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato 24/06/2018

Doveri Ufficio -si ✓
 -no

Incarico Saldato Indicare se l'incarico è stato saldato o meno **NON SALDATO**

Tipo Importo - previsto
 - **presunto** ✓ € 749,28

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 in euro. € 749,28

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



