

Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0003416

Palermo 08-03-2018

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

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 05.03.2018 prot. 3289, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale in qualità di Relatore al corso ECM "LONG WAY IN IBD - Terapie sequenziali e di combinazione nella gestione delle malattie croniche intestinali" che si terrà a Palermo il 17 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. A. Di Bella

Il Direttore Sanitario
Dott. M. Montalbano

DA



Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone



UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA

Prot. 85 | GASTRO

Al Direttore Amministrativo

AOUP

E p.c. Al Direttore Sanitario

AOUP

Oggetto: richiesta autorizzazione Dott.ssa Maria Cappello per incarico in qualità di Relatore al Corso ECM "LONG WAY IN IBD – Terapie sequenziali e di combinazione nella gestione delle malattie croniche intestinali" Palermo, 17 marzo 2018

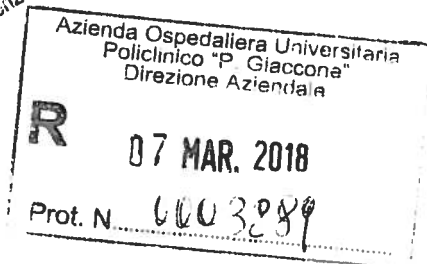
La sottoscritta Dott.ssa Maria Cappello, Dirigente Medico presso UOC Gastroenterologia ed Epatologia (58.01), Matricola 40531, chiede alla SV autorizzazione ad effettuare l'incarico in qualità di Relatore al Corso ECM "LONG WAY IN IBD – Terapie sequenziali e di combinazione nella gestione delle malattie croniche intestinali" Palermo, 17 marzo 2018, come da allegata lettera di incarico. Si precisa che tale attività verrà svolta come prestazione occasionale e al di fuori dell'orario di servizio. Si allega anche scheda compilata con i dati richiesti da codesta AOUP e riportata nel sito web aziendale.

Palermo 5/03/2018

Il Dirigente Medico

Dott.ssa Maria Cappello

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



Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti

Nome campo	Note	Campo obbligatorio
<i>Incaricato</i>		
Codice Fiscale	GPPMRA61A51A089R	✓
cognome	CAPPELLO	✓
nome	MARIA	✓
qualifica incaricato	- Dirigente Medico	✓
<i>Conferente</i>		
denominazione	Società 3 P Solution s.r.l. in qualità di segreteria organizzativa	✓
Codice Fiscale /P.IVA- tipologia	06860060968 - 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	✓
sezzo	M = maschio; F = femmina	✓
Data Nascita	aaaa-mm-gg	✓

Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)

Codice Fiscale	Codice fiscale del conferente
	P.IVA.06860060968.

denominazione	3P Solution S.r.l.	✓
Tipologia Azienda	Codice tabella esterna Via Marradi 3 20123 MILANO	✓

<i>Incarico</i>		
Anno Riferimento	2018	✓
tipologia	- docenza	✓

Data Autorizzazione	aaaa-mm-gg	✓
Data Inizio incarico	17 marzo 2018	✓

Data Fine incarico	17 marzo 2018	✓
Doveri Ufficio	-si	✓
	-no	✓

Incarico Saldato	l'incarico sarà saldato entro 90 giorni dalla conclusione dell'evento	✓
------------------	---	---

Tipo Importo	-	✓
importo	1000 Euro	✓

Riferimento normativo incarico

comma	<u>comma 6, del</u>	✓*
articolo	Art 53	✓*
numero	<u>D.Lgs. n. 165/2001</u>	✓*
data	aaaa-mm-gg	✓*
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 <referimentoNormativo> non va inserito.

Pagamento
importo

1000 euro.

✓

anno

2018

✓

anno	2018	✓
-------------	------	---

LONG WAY IN IBD

Terapie sequenziali e di combinazione nella gestione delle malattie croniche intestinali

17 marzo 2017, Palermo

Gentile Dott.ssa MARIA CAPPELLO,

con la presente, a nome del Comitato Scientifico di 3P Solution e dei Responsabili Scientifici dell'evento, Le confermiamo l'incarico a partecipare in qualità di relatore all'evento "LONG WAY IN IBD – Terapie sequenziali e di combinazione nella gestione delle malattie croniche intestinali", che si terrà a Palermo il giorno 17 marzo 2018.

Accettazione dell'incarico:

L'incarico è considerato accettato nel momento in cui ci restituirà i documenti indispensabili all'accreditamento ECM entro il 22 dicembre p.v.. Inviandoli a mezzo posta oppure via e.mail all'indirizzo conti@3psolution.it o via fax al numero 02-36631640

1. La conferma del suo nome, cognome e codice fiscale, così come appaiono sui documenti
2. Scheda iscrizione e Consenso al trattamento dei dati (Mod. 22)
3. Copia della presente lettera d'incarico e del conflitto di interessi debitamente compilati e controfirmati su entrambe le pagine.

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"
5. Breve abstract della Sua relazione e 3 domande con 4 risposte di cui 1 corretta
6. Nome, indirizzo e-mail e numero di telefono del sostituto in caso di assenza all'evento per cause di forza maggiore, anche impreviste

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 € 1.000,00.= (milleeuro) 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.
- 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.

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

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

Il sottoscritto con la firma della presente, ai sensi degli obblighi di trasparenza del trasferimento di valore tra le industrie farmaceutiche, gli operatori sanitari e le organizzazioni sanitarie previsti dall'art 5 del Codice Deontologico di Farmaindustria, 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

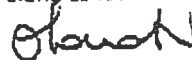
Data 8/1/2018

Firma:




Il legale Rappresentante

Elena Lanati



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

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

DICHIAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto MARIA CAPPELLO, in qualità di moderatore, relatore, formatore, tutor, o docente, 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
----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------



DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

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

Il/la sottoscritto/a MARIA CAFFELLO nato/a AGRIGENTO
 il 11/01/63 individuato come ^{Docente} partecipante all'evento formativo: LONG-WAY IN ISA
 sponsorizzato da TAKEDA / PRODUZIONE SPINUM
 in data 17/03/2018 presso la località di PAERMO;
 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 ed affini entro il secondo grado, non hanno rapporti finanziari con il soggetto 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, li 3/03/2018Firma Maria Caffello

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