



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0000 807

Palermo 22/01/2018

Alla Dott.ssa Mariasanta Napolitano
U.O.C. di Ematologia

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota prot. 375 del 11/01/2018, con la quale si richiede l'autorizzazione a partecipare in qualità di relatore per il corso ECM "HAEMODOL - EMOFILIA E DOLORE: CALL TO ACTION" che si svolgerà a Roma il giorno 09 e 10 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. E. Di Bella

Il Direttore Sanitario
Dott. M. Montalbano

DA

Rispondi

Inoltra

Spam

Elimina

Fwd: Richiesta autorizzazione partecipazione come relatore a evento ECM sponsorizzato

Data: Oggi, 08:49:27 CET

Da: direzione.amministrativa@policlinico pa it

A: Ufficio Protocollo Ufficio Protocollo

Allegati: [Messaggio Inoltrato \(924 KB\)](#)
[Ric Autor Collage spa.pdf \(922 KB\)](#)

Messaggio Inoltrato (924 KB)

Dati: martedì, 09 gennaio 2018 (14:02:14 CET)

From: Mariasanta Napolitano <mariasanta.napolitano@unipa.it>

To: direzione.amministrativa@policlinico.pa.it

Subject: Richiesta autorizzazione partecipazione come relatore a evento ECM sponsorizzato

Testo (1 KB)

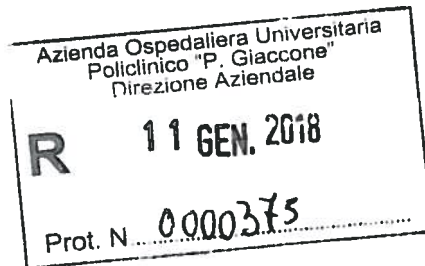
Gentile Direzione amministrativa, con la presente inoltro in allegato la documentazione di richiesta partecipazione come relatore ad evento ECM sponsorizzato.

Vi prego di informarmi delle ventuale necessità di altra documentazione.

Grazie,

Mariasanta Napolitano

[Ric Autor Collage spa.pdf \(922 KB\)](#)



*M.O.
R. Napolitano*



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
PEDIATRIE PEDIATROLOGIA
DI PALERMO



DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

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

PRG M.
04/13

Il/la sottoscritto/a MARCO ANTONIO MARIANO nato/a A. CECILIO
 il 10/04/80 individuato come partecipante all'evento formativo: HAERONX - EFFICACIA DOPO IL CALL
 sponsorizzato da COLLAGIO SPA (SOB)
 in data 04/03/13 presso la località di GRANNOFFO RETROCE, VIA ILLIPIRENSIS
 avvalendosi 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.

Firma il 04/04/13 Firma Mario Roberto Maffioletti

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 | Note | Campo obbligatorio |
|--|--|---|
| Nome campo | | |
| Incaricato | | |
| Codice Fiscale | Codice fiscale dell'incaricato | ✓ 00123456789012345678 |
| cognome | Testo - Max 50 caratteri | ✓ MARCONI |
| nome | Testo - Max 50 caratteri | ✓ ROBERTO |
| qualifica incaricato | - Dirigente - Non dirigente | ✓ DIRIGENTE MEDIO COOPERATIVA |
| Conferente | | |
| denominazione | Denominazione conferente - Max 500 caratteri | ✓ ECCLESIA SPA |
| Codice Fiscale | Codice fiscale del conferente - P. IVA | ✓ 04235450024 |
| 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 | ✓ P.I.A. 04235450024 |
| Partita Iva | Partita IVA del conferente | ✓ P.I.A. 04235450024 |
| cognome | Testo - Max 50 caratteri | ✓ POLA |
| nome | Testo - Max 50 caratteri | ✓ PIERO |
| 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 | ✓ |
| Codice Comune Sede | Obbligatorio solo se Società e se estero = N | ✓ |
| Incarico | | |
| Annò Riferimento | aaaa - Non può essere antecedente al 2008 | ✓ 2018 |
| tipologia | - arbitrato - direzione e coordinamento lavori, collaudo e manutenzione opere pubbliche - consiglio di amministrazione - collegio sindacale - revisore dei conti - <u>docenze</u> - commissioni - rilevazioni e indagini statistiche - consulenze tecniche - commissari ad acta | ✓ RELAZIONE COPIA ANALISI E - EMERGENZE DOCCIA PASTORALE |

| | | |
|--|---|---|
| | altre tipologie | |
| Data Autorizzazione | aaaa-mm-gg | |
| Data Inizio incarico | aaaa-mm-gg | |
| Data Fine Incarico | aaaa-mm-gg | - L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato |
| Doveri Ufficio | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| Incarico Saldato | Indicare se l'incarico è stato saldato o meno | |
| Tipo Importo | <input checked="" type="checkbox"/> previsto <input type="checkbox"/> presunto | 2000 Euro (lordo) |
| 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 <riferimentoNormativo> non va inserito. | | |
| Pagamento | | |
| importo | L'importo deve essere espresso in euro. | |
| anno | aaaa | 2018 |



Dipartimento di Oncologia
U.O. di Ematologia (cod. 18.01)
Centro di Riferimento Regionale per le coagulopatie congenite
nel bambino e nell'adulto

Dirigenza:
Responsabile: Prof. Sergio Siragusa
Tel. 091-6554403
Fax: 091-6554402
mail: ematologia@policlinico.pa.it

Riceratori Universitari:
Dr.ssa Silvana Mancuso
Dr.ssa Mariasanta Napolitano

Dirigenti Medici:
Dr. Vincenzo Accurso
Dr.ssa Clementina Caracciolo
Dr. Emilio Iannitto
Dr.ssa Maria Grazia Lipari
Dr.ssa Maria Enza Mitra
Dr. Gerlando Quintini
Dr.ssa Giorgia Saccullo

Spesiali:
Dr. R. Chiaromonte
091-6554365

Ambulatori:
Ambulatorio Leucemie-SMD
Dr.ssa M.E. Mitra 091-6554409
Ambulatorio Linfomi
Dr. E. Iannitto-Dr.ssa S. Mancuso
01-6554570
Ambulatorio Mieloproliferative
Dr. V. Accurso-Dr.ssa C. Caracciolo
01-6554567
Ambulatorio Mielomi
Dr.ssa MG Lipari-Dr. G. Quintini
01-6554410
Ambulatorio Emostasi
Dr.ssa M. Napolitano-Dr.ssa G. Saccullo
01-6554431

Parto:
U.O. Medici: 091-6554418
Farmacia: 091-6554400

Day Hospital:
U.O. Terapie: 091-6554420
Accettazione: 091-6554534

Laboratorio di Ematologia:
Dr.ssa Antonina Mattina 091-6554564

Resonazioni (CUP): 800 894 372

Telefono diretto per i MMG: 800 893 907

Centro di Riferimento Regionale per le
coagulopatie congenite nel bambino e
nell'adulto (G.U.R.S. n. 26 del 17.06.2011).
Accreditamento AICE del 16.12.2011

Associazioni dei pazienti:
H. onlus (Associazione Italiana contro
Leucemie - Linfomi - Mielomi)
IPA Policlinico Palermo (Associazione
Italiana Pazienti Anticoagulati)
Mielomi dell'Emofilia onlus

CA Dott. Fabrizio Di Bella

Direttore Amministrativo Azienda Ospedaliera Policlinico "P. Giaccone"

e

Dott. Maurizio Montalbano

Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Policlinico "P. Giaccone"

**Oggetto: Richiesta autorizzazione alla partecipazione Corso ECM
"HAEMODOL - EMOFILIA E DOLORE: CALL TO ACTION", che si svolgerà in
data 09/03/2018-10/03/2018 presso STARHOTEL METROPOLE - VIA
PRINCIPE AMEDEO, 3 - Roma**

La sottoscritta dott. Napolitano Mariasanta, nata il 01/09/1980 ad Avellino e
inquadrate come dirigente medico ospedaliero a tempo determinato presso la
UOC di Ematologia del Policlinico a far data dal 01/11/17

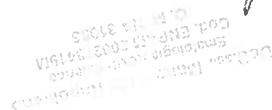
chiede con la presente alle SS.VV.

Autorizzazione allo svolgimento dell'attività riportata in oggetto in qualità di
relatore con ricezione prevista di grant pari a Euro 2000,00 al lordo delle
trattenute.

Si specifica che la suddetta attività non interferirà in alcun modo con l'attività
assistenziale venendo svolta al di fuori dell'orario di servizio.

Cordialmente,

Mariasanta Napolitano



Gentile Prof.ssa Mariasanta Napolitano

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

AFFIDA

l'incarico in qualità di Relatore al Corso ECM "HAEMODOL - EMOFILIA E DOLORE: CALL TO ACTION", che si svolgerà in data 09/03/2018-10/03/2018 presso STARHOTEL METROPOLE - VIA PRINCIPE AMEDEO, 3 - Roma

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 i 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 ABBIA 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 +39 02 42108750, 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, 09/01/2018

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. Informativa e diritti dell'interessato sono pubblicati in forma completa su www.collage-spa.it

Firma per accettazione

Data

Indicazioni per la compilazione delle parti essenziali al fine di poter processare la documentazione per la Sua partecipazione all'evento.

Compilazioni obbligatorie:

Pag. 1: indicare se l'incarico è soggetto ad autorizzazione della Pubblica Amministrazione o meno o semplicemente soggetto alla sola comunicazione alla Pubblica Amministrazione

Pag. 2: indicare se negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario o meno;
indicare (solo per i dipendenti della Pubblica Amministrazione) SI/NO in merito al disposto del D.P.R. n. 62/2013
indicare (solo per gli EX dipendenti della Pubblica Amministrazione) SI/NO in merito al disposto del D.Lgs n. 165/2001

Pag. 3: compilare i quattro punti obbligatori (valido per i NON POSSESSORI di partita iva)

Pag. 4: compilare o completare (apportando eventuali modifiche) tutti i campi dell'anagrafica - indicare Coordinate bancarie e compilare il riquadro di pertinenza se possessore o meno di partita iva

PER I POSSESSORI DI PARTITA IVA

La fattura in originale dovrà essere intestata e spedita al seguente indirizzo:
COLLAGE S.p.A.
Via Umberto Giordano, 37
90144 PALERMO
Partita Iva 04135950824

La fattura in originale dovrà pervenire entro e non oltre 15 giorni dalla data di fine evento. Dopo tale data, il documento non sarà processabile in alcun modo, inficiandone il pagamento.

Collage S.p.A. corrisponderà le somme concordate solo previa verifica dell'effettivo svolgimento dell'incarico e dietro presentazione di regolare fattura/notula e di regolare modulistica relativa al pagamento, mediante bonifico bancario a 90 giorni fine evento. Non è possibile presentare fattura/notula prima dell'espletamento dell'incarico da parte dell'incaricato.

Le rammentiamo che, nel caso in cui la Sua partecipazione fosse subordinata ad autorizzazione da parte del suo ente di appartenenza, la preghiamo di farci pervenire copia entro 15 giorni dalla data di conferimento dell'incarico.

In assenza di quest'ultima, come disposto dal D.Lgs 165/2001 art. 53, non saremo in grado di riconfermare l'incarico né il compenso previsto per il suo contributo scientifico.