



Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0012266

Palermo 12-09-2018

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

Al Resp.le dell'Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 22.08.2018 prot. 11485 con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale in qualità di Relatore all'evento "Expert Meeting - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'ottimizzazione e la gestione dell'emofilia acquisita" che si terrà a Catania, il 26 Ottobre 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 è 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

Direzione:
Responsabile: Prof. Sergio Siragusa
Segreteria: 091-6554403
Fax: 091-6554402
e-mail: ematologia@policlinico.pa.it

Ricercatori Universitari:
Dr.ssa Salvatrice 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 Mira
Dr. Gerlando Quintini
Dr.ssa Giorgia Saccullo

Capovila:
Sig.ra R. Chiaramonte
(091-6554565)

Ambulatori:
- Ambulatorio Leucemie-SMD
(Dr.ssa ME Mira) 091-6554409
- Ambulatorio Linfomi
(Dr. E. Iannitto-Dr.ssa S. Mancuso)
091-6554570
- Ambulatorio Mieloproliferative
(Dr. V. Accurso-Dr.ssa C. Caracciolo)
091-6554507
- Ambulatorio Mielomi
(Dr.ssa MG Lipari-Dr. G. Quintini)
091-6554410
- Ambulatorio Emostasi
(Dr.ssa M. Napolitano-Dr.ssa G. Saccullo)
091-6554431

Reparto:
Sala Medica: 091-6554415
Infermeria: 091-6554400

Day Hospital:
Sala Terapie: 091-6554420
Accettazione: 091-6554534

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

Prenotazioni (C.U.P.): 800 894 372

Filo 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 ARCT del 16.12.2011

Associazioni dei pazienti:
AIL onlus (Associazione Italiana contro
le Leucemie - Linfomi - Mielomi)
AIPA Policlinico Palermo (Associazione
Italiana Pazienti Anticoagulati)
Amici dell'Emofilia onlus

Palermo, 21/08/18

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 come relatore ad evento Expert meeting "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'ottimizzazione e la gestione dell'emofilia acquisita", Catania 27/10/18**

La sottoscritta dott. Napolitano Mariasanta, nata il 01/09/1980 ad Avellino e inquadrata come dirigente medico ospedaliero 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 1000,00 al lordo delle ritenute di legge.

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

Mariasanta Napolitano

Stampa Azienda Ospedaliera Policlinico "P. Giaccone"
via del Vespro 127, 90129 Palermo

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Direzione Aziendale	
R	22 AGO. 2018
Prot. N. <u>0011485</u>	

*M.O.
Quisimi*



Gentile Dottoressa MARISANTA NAPOLITANO

Milano, 01/08/2018

Oggetto: Incarico per EXPERT MEETING – Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l’ottimizzazione e la gestione dell’emofilia acquisita
Hotel Excelsior, Catania – 27/10/2018

Facendo seguito agli accordi intercorsi, la presente per confermare la Sua partecipazione in qualità di Relatore all’Evento “EXPERT MEETING – Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l’ottimizzazione e la gestione dell’emofilia acquisita”, che si terrà a Catania il giorno 27/10/2018 presso Hotel Excelsior.

Il Suo intervento è previsto il giorno 27/10/2018 come da Programma Scientifico in allegato.

Per ottemperare agli obblighi ECM, Le chiediamo gentilmente di inviare all’indirizzo e-mail silvia.lazzarin@micom.it entro e non oltre il 10/09/2018, le seguenti informazioni e materiali:

- Suo Codice fiscale
- Suo breve curriculum vitae (in Microsoft word - .doc o .docx – preferibilmente in formato europeo, datato, firmato, con inserite l’autorizzazione al trattamento dei dati personali e la manleva per dichiarazioni mendaci);

Ed entro e non oltre il 01/10/2018, le seguenti informazioni e materiali:

- documento (in Microsoft word - .doc o .docx) contenente 3 domande relative alla Sua relazione (a scelta quadrupla con una sola risposta esatta, segnalandoci quella corretta) necessarie per verificare l’apprendimento dei partecipanti.

Quanto sopra in conformità all’ “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano” del 07-02-2017 sul documento “La formazione continua nel settore «salute»”, nonché al “Manuale nazionale di accreditamento per l’erogazione di eventi E.C.M.”, ai protocolli MICOM contenuti nel Manuale Gestione Integrita (Accreditamento e Qualità) e al Regolamento Interno in vigore e disponibili presso la nostra sede.

Le segnaliamo, inoltre, che è richiesta la trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario. Per tale motivo le chiediamo di dichiarare se, negli ultimi 2 anni, vi è stato esplicito rapporto commerciale con soggetti portatori di interessi in campo sanitario (come da modello allegato).

Il Suo compenso è pari a € 1.000,00 lordi^{1 e 2}

e sarà corrisposto, a mezzo bonifico bancario, dietro presentazione di regolare fattura o ricevuta sulla quale andrà riportato il Suo codice IBAN.

Di seguito Le indichiamo l’intestazione da inserire nel documento fiscale:

MICOM S.r.l., Via B. Verro, 12 – I-20141 Milano, P.IVA 10547540152

- ¹ In caso di soggetti in possesso di Partita IVA, per questo importo devono essere calcolati gli oneri di legge (aggiungendo la % di rivalsa o la % cassa per Albo di appartenenza e di IVA, sottraendo la % di ritenuta d’acconto dall’ammontare al netto di IVA) – come da fac simile allegato
- ² In caso di prestazione occasionale, ovvero di soggetti non possessori di Partita IVA, per questo importo devono essere calcolati gli oneri di legge (sottraendo la % di ritenuta d’acconto) e, in conformità alla L. 326/2003 e s.m.i., inserire la dichiarazione attestante il non superamento di 5.000,00 € annui. – come da fac simile allegato

I dati qui riportati sono gestiti in conformità al D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. – Vedere informazioni su www.micom.it/privacy

MICOM S.r.l. - Via B. Verro, 12 I-20141 Milano Tel.: +39 02 89 51 88 95 (r.a.) - Fax +39 02 89 51 89 54
P. I.V.A. 10547540152 - C.C.I.A.A. 1367696 - Iscr. Trib. 323946/806146 MI - Cap. Soc. € 41.000,00 € i.v.
www.micom.it - E-mail: micom@micom.it





Con la sottoscrizione del presente Incarico, si dichiara inoltre che la prestazione consulenziale in oggetto ricade nell'ambito di applicazione del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. .

Per questo accordo, **su esplicita indicazione del Ricevente**, sarà richiesta autorizzazione alla Struttura della Pubblica Amministrazione di appartenenza (in seguito PA).

In caso di incarichi retribuiti, ad avvenuto pagamento del compenso e nei termini previsti della normativa vigente, la Scrivente ne darà comunicazione alla suddetta PA.

A tal fine, MARISANTA NAPOLITANO dichiara di:

dipendere dalla PA non dipendere dalla PA

e di:

necessitare di una autorizzazione della PA non necessitare di una autorizzazione della PA

Se sì, dichiara di

necessitare di una richiesta di autorizzazione per la PA a cura di MICOM S.r.l. richiedere autonomamente l'autorizzazione alla propria PA

La richiesta di autorizzazione a cura di MICOM S.r.l. deve essere presentata c/o:

Struttura **AOPP "P. GIOIA ROSSI 4**
P.zza/Via **VIA DEL VESPRO 227** CAP: **90100**
Comune **PARLORO** PV:
Persona di riferimento: Nome _____ Cognome _____
Telefono _____ E-mail: _____

A mezzo:

e-mail Fax Posta ordinaria

Le chiediamo di restituire una copia o l'originale della presente, compilata e controfirmata per accettazione.

Restando a Vs. disposizione c/o i ns. Uffici qualora necessitate di ulteriori chiarimenti.

Distinti saluti,

Gianluca SOLDÀ
Amministratore Delegato

In fede, per presa visione e accettazione:

Ho visionato Vs. Informativa su www.micom.it/privacy e autorizzo MICOM S.r.l. al trattamento dei miei dati personali in conformità del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. .

Data: **21/08/2015**

Timbro e Firma:

Allegati:

- Programma scientifico dell'Evento
- Modello per le fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali
- Fac simile ricevuta/fattura
- Dichiarazione non superamento 5000,00 € annui
-

Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti	Note	Campo obbligatorio
Nome campo		
Incaricato		
Codice Fiscale	Codice fiscale dell'incaricato	✓ NASOLITAWO
cognome	Testo – Max 50 caratteri	✓ MARIASANTA
nome	Testo – Max 50 caratteri	RF ✓ NPLTGN80941A309R
qualifica incaricato	- Dirigente - Non dirigente	
Conferente		
denominazione	Denominazione conferente – Max 500 caratteri	✓ AIRON 321
Codice Fiscale	Codice fiscale del conferente –P. IVA	105475401
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 antecedente al 2006	✓
tipologia	- arbitrato - 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 - commissari ad acta	✓

AIRON s.r.l.
1054754012

Revisore Esce 2017

- 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 -si ✓
 -no ✓
Incarico Saldato Indicare se l'incarico è stato saldato o meno ✓
Tipo Importo - previsto ✓ 1000,00
 - presunto ✓
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. ✓

anno	aaaa	2018	✓	1000,00
------	------	------	---	---------

Replicato



DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

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

Il/la sottoscritto/a NAPOLITANO MARCAPANA nato/a AVERCIVO
 il 01/09/80 individuato come partecipante all'evento formativo: Esclusione per cause di legge
 sponsorizzato da MEBORT S.p.A.
 in data 27/10/18 presso la località di RANNA, Hotel Exalari
 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 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.

Palermo, li 27/09/18

Firma Stefano Napolitano

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