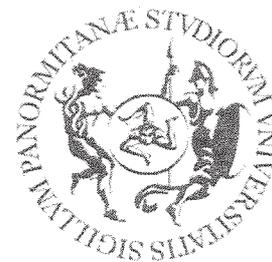


Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0005965

Palermo 24-04-2018

Al Prof. Alberto Firenze
Resp.le U.O. Risk Management

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota prot. n. 5948 del 26-04-18, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale in qualità di intervistato per l'indagine n. 17370 effettuata dalla DOXA PHARMA SRL relativamente all'HCV che si terrà a Roma nella settimana del 16 aprile 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

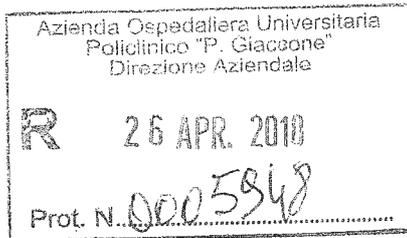


DA

Direzione Generale
Unità di Staff Risk management e qualità

Prot.

Palermo, 26/04/2018



Al Dott. Fabrizio Di Bella

AOUP

Oggetto: Nulla Osta

In riferimento all'incarico ricevuto dal sottoscritto in data 04/04/2018 in qualità di Collaboratore esterno, al fine di partecipare a numero "una" intervista realizzata in data 16 aprile 2018 e relativa alla indagine n° 17370 avente ad oggetto HCV, organizzata dalla Società "DOXA PHARMA SRL" con sede legale in Milano, Via Bartolomeo Panizza n° 7, capitale sociale Euro 100.000,00, numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano., Codice Fiscale e Partita Iva n. 06683960964, in persona del Vice President Paola Parenti, per un importo lordo, per la partecipazione, di Euro 150,00 (Euro centocinquanta/00), si chiede il NULLA osta, per aver partecipato all'attività di collaborazione.

Il Responsabile
Dott. Alberto Firenze

Dati da comunicare per gli incarichi conferiti ai dipendenti

Sezione Dipendenti		
Nome campo	Note	Campo obbligatorio
<i>Incaricato</i>		
Codice Fiscale cognome nome qualifica incaricato	Codice fiscale dell'incaricato Testo – Max 50 caratteri Testo – Max 50 caratteri - Dirigente - Non dirigente	✓ FRNLRT69E18C286P ✓ FIRENZE ✓ ALBERTO ✓ DIRIGENTE
<i>Conferente</i>		
denominazione	Denominazione conferente – Max 500 caratteri	✓ DOXAPHARMA SRL
Codice Fiscale		Codice fiscale del conferente –P. IVA 06683960964
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	
<i>Dati ulteriori su Conferente (se persona fisica)</i>		
Codice Fiscale		Codice fiscale del conferente
Partita Iva cognome nome sesso Data Nascita	Partita IVA del conferente Testo – Max 50 caratteri Testo – Max 50 caratteri M = maschio; F = femmina aaaa-mm-gg	✓ ✓ ✓ ✓
<i>Dati ulteriori su Conferente (se persona giuridica)</i>		
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
<i>Incarico</i>		
Anno Riferimento	aaaa – Non può essere antecedente al 2006	✓ 2018
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
 - altre tipologie
Data Autorizzazione aaaa-mm-gg ✓ 20/04/2018
Data Inizio incarico aaaa-mm-gg ✓ 16/04/2018
Data Fine incarico aaaa-mm-gg – L'attributo non deve essere inserito se non valorizzato 16/04/2018

Doveri Ufficio -si ✓
 -no
Incarico Saldato Indicare se l'incarico è stato ✓ NO
 saldato o meno

Tipo Importo - previsto ✓
 - presunto
importo L'importo deve essere espresso ✓ 150,00
 in euro.

Riferimento normativo incarico

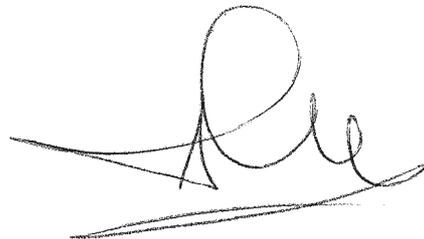
comma Testo – Max 50 caratteri
articolo Testo – Max 50 caratteri ✓*
numero Testo – Max 50 caratteri ✓*
data aaaa-mm-gg ✓* 04/04/2018
riferimento Indicare ad es. se trattasi di ✓* INDAGINE N° 17370
 D.Lgs., D.L., legge...ecc...

* 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 ✓ 120,00
 in euro.

anno	aaaa	✓ 2018
-------------	------	--------





DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

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

Il/la sottoscritto/a ALBERTO FIRENZE nata/o CASSELVETRANO
il 19/05/64 individuato come partecipante all'evento formativo: INDAGINE N° 17370
sponsorizzato da DOXA PHARMA S.R.L.
in data 16/04/2018 presso la località di ROMA;
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,

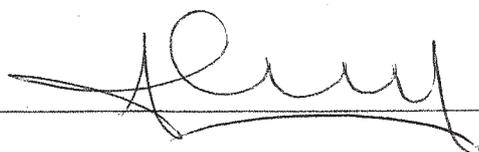
DICHIARA

- 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 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 22/04/18

Firma 

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

Gentilissimo Dottore

ALBERTO FIRENZE

Via _____

Città e Cap _____

SPECIALISTA

IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

presso AOUP

Policlinico Paolo Giaccone

Palermo

Milano, 4 APRILE 2018

Gentilissima,

con la presente Le confermiamo l'incarico relativo al Suo intervento che si terrà nel corso dell'intervista prevista **nella settimana del 16 aprile** c/o Suo Studio, relativa alla nostra indagine n° 17370 HCV.

Per tale incarico è previsto un compenso lordo pari ad Euro 150,00 (CENTOCINQUANTA/00), che Le verrà corrisposto a seguito dell'emissione di regolare nota di collaborazione o fattura a seconda del suo regime fiscale di appartenenza.

Le indico di seguito i dati societari:

DOXA PHARMA SRL
Via Bartolomeo Panizza n° 7
20144 – Milano
Partita Iva: 06683960964

La preghiamo di restituirci copia della presente firmata per accettazione nello spazio sotto indicato.
E' gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.



Dr.ssa Paola Parenti
Vice President
DOXA PHARMA Srl