



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane 0971/310581
Sede Amm.va di Venosa - ☎ 0972/39455 fax 0972/39450

Prot. n. 20170090703

del 7 AGO 2017

Al dott. Michele CALABRESE

Infermiere - domiciliato per servizio c/o P.T.S. 118 S. Nicola di Melfi
michelecalabrese85@libero.it

Spett.le EN.A.P. PUGLIA

Via Gigante, 23 – 70033 CORATO (BA)

p.c. **U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane**
Sede Amm.va di Lagonegro - Potenza

Al Dott. Antonio BAVUSI

U.O.S.D. Resp.le della Trasparenza e Sito Aziendale ASP
antonio.bavusi@aspbasilicata.it

OGGETTO: Autorizzazione svolgimento incarichi esterni ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, riscontro nota acquisita al protocollo aziendale n. 83897 del 26.07.2017.

Il sottoscritto Dott. Giovanni Battista Bochicchio Direttore Generale p.t. dell'Asp di Potenza, vista la richiesta avanzata dal dott. Michele Calabrese, dipendente Asp in qualità di Infermiere in servizio presso la p.t.s. 118 di S. Nicola di Melfi, acquisita al protocollo aziendale di cui all'oggetto

Dichiara

che, in relazione all'istanza presentata di nulla osta ad accettare l'incarico di docente (lezioni front-line con supporto informativo) per l' EN.A.P. Puglia, nei seguenti giorni:

- 13/09/2017 (15,00-19,00);
- 02/10/2017 (15,00-19,00);
- 24/10/2017 (15,00-19,00);
- 14/11/2017 (15,00-19,00);

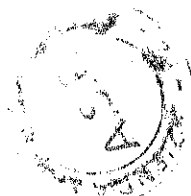
non sussistono cause di incompatibilità di diritto e di fatto o situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività di istituto svolte dal citato dipendente, tenuto conto che l'incarico per il quale si chiede l'autorizzazione dovrà essere svolto rigorosamente al di fuori dell'orario di lavoro, senza creare nocimento alla attività di servizio ordinaria e straordinaria, nel rispetto del principio della saltuarietà e dell'occasionalità.

L'incarico ricevuto dal dipendente costituisce, inoltre, concreta occasione di accrescimento professionale, nonché quale positivo strumento divulgativo e di scambio di esperienze organizzative e gestionali nell'ottica della maggiore diffusione, omogeneizzazione ed ottimizzazione dei modelli aziendali adottati. Tali ulteriori esperienze potranno pertanto essere di concreta futura utilizzazione da parte dell'Asp di Potenza.

La domanda così come formulata, unitamente alla presente autorizzazione, viene rilasciata sia al dipendente che all'amministrazione conferente l'incarico (per la restituzione dell'allegato modulo compilato, al fine degli adempimenti previsti dall'art.53 del D.Lgs.165/2001 e ss.mm.ii.), nonché alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – Sede Amm.va di Venosa e Lagonegro – per il soddisfacimento degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in tema di autorizzazioni e anagrafe delle prestazioni.

Il Coll. Ammvo. Prof.

Dott.ssa Rosanna Cutrone



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giovanni Battista BOCHICCHIO

ANAGRAFE DEGLI INCARICHI

Articolo 53 D.Lgs. 165/2001 – Anagrafe nominativa degli incarichi pubblici e privati non compresi nei doveri d'ufficio.

DIPENDENTE CHE HA RICEVUTO L'INCARICO	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Qualifica	

SOGGETTO CHE CONFERISCE L'INCARICO	
Denominazione	
Partita Iva / Codice Fiscale	
Indirizzo	
Cap	
Comune	
Provincia	

DATI RELATIVI ALL'INCARICO			
Importo previsto per l'incarico al momento della richiesta di autorizzazione			
Tipo di incarico	<input type="checkbox"/> Pubblico	<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/>
Attività svolta			
Data di autorizzazione rilasciata dall'azienda di appartenenza			
Data di conferimento dell'incarico da parte del soggetto conferente			
Data inizio incarico			
Data fine incarico			
Incarico per dovere d'ufficio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Anno di liquidazione			
Importo erogato			
Saldo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

TIMBRO E FIRMA DEL SOGGETTO CONFERENTE

* sbarrare casella che interessa

0972792149

Protocollo Generale
26 LUG. 2017
DATA DI ARRIVO

Protocollo Generale
26 LUG. 2017
N° 7017-0083897

ALLEGATO - A - RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO DI INCARICHI ESTERNI

Al Dirigente Responsabile
Asp Potenza
Sede

Il sottoscritto CAUBROSE MICHELE
 il 22/09/1985 - residente in BARLETTA Via D. ALICANDRI n° 207 (C.M. 75121)
 MATR.N. 1012397 in qualità di dipendente dell'Azienda Sanitaria provinciale di Potenza
 presso la U.O. AS S. NICOLA REG. IONIA con profilo professionale INFERMIERE - CAT. D -
 A tempo INDETERMINATO con decorrenza giuridica _____

Chiede autorizzazione a poter svolgere il seguente incarico.

Tipologia dell'incarico ASSTENZA
 Soggetto a favore del quale svolgere l'incarico ENNA RIGUA VIA GIOIANTE 23 - CORATO (BA)
 Codice fiscale o partita Iva soggetto conferente 02/02/5350926 P. IVA 04879890723
 Modalità di svolgimento VEZIONI FRANCHI - LUNO CON OFFICIO INFORTUNATO
 Data inizio prevista 13 SETTEMBRE 2017 data finale prevista 14 NOVEMBRE 2017
 Compenso proposto o gratuito _____
 In caso di conferimento di incarico da parte di amministrazione pubblica.
 La normativa di legge di applicazione dell'incarico _____
 Le ragioni del conferimento _____
 I criteri di scelta utilizzati dall'Amministrazione _____
 In caso di conferimento di incarico da parte di enti pubblici economici o privati.
 Eventuali legami dell'Azienda Sanitaria di Potenza con la citata società (esempio fornitori, clienti e quant'altro) _____

Si dichiara inoltre

- Che l'incarico non rientra tra i compiti del Servizio di assegnazione ed ha il carattere saltuario ed occasionale;
- Che non sussistono motivi di incompatibilità con le attività attualmente prestate;
- Che l'incarico sarà svolto fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzare beni, mezzi ed attrezzature dell'Asp di Potenza;
- Che in ogni caso saranno assicurate prioritariamente tutte le attività di istituto anche a carattere eccezionale e straordinario, senza che l'incarico possa influire in tali attività

Dichiara di essere consapevole

Dell'obbligo di legge a carico del soggetto conferente l'incarico, pubblico o privato, di comunicare al competente Ufficio Personale i pagamenti di qualsiasi compenso effettuati al dipendente, entro 15 giorni dalla data di corresponsione;

RECH il 26/07/2017

Firma

Ceu. = 320.9261942

Regolamento incarichi.doc

mail ASI = michele.caubrose@ospbsa.it

mail personale = michele.caubrose85b@libero.it

SI ALLEGA CALENDARIZZAZIONE DEL CARICO (2 fogli)

Ceu. A.S. P...

0972792149

← CALENDRIUM

folio 1 ds 2

		15:00 - 16:00	16:00 - 17:00	17:00 - 18:00	18:00 - 19:00
Giugno					
	05/06/2017				
	06/06/2017				
Settembre					
	04/09/2017				
	05/09/2017				
	06/09/2017				
	11/09/2017				
	12/09/2017				
	13/09/2017				
	18/09/2017				
	19/09/2017				
	20/09/2017				
	25/09/2017				

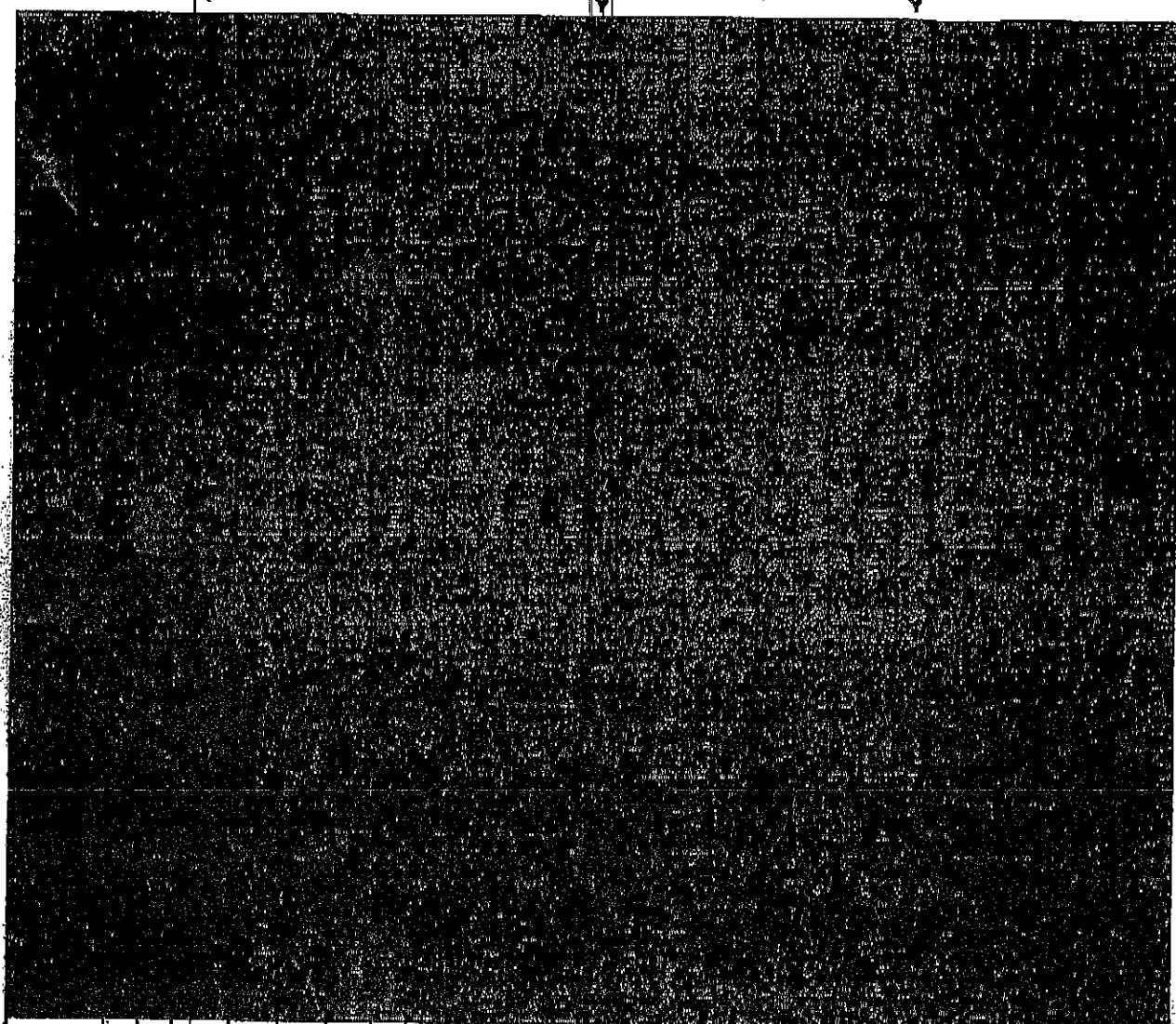
0972792149

← CAMBOSSE (M)

← CAMBOSSE (M)

← CAMBOSSE (M)

folio 24, 25



26/09/2017
27/09/2017
Octobre
02/10/2017
03/10/2017
04/10/2017
09/10/2017
10/10/2017
11/09/2017
16/10/2017
17/10/2017
18/10/2017
23/10/2017
24/10/2017
25/10/2017
30/10/2017
31/10/2017
Novembre
06/11/2017
07/11/2017
08/11/2017
13/11/2017
14/11/2017
15/11/2017
20/11/2017
21/11/2017
22/11/2017
27/11/2017
28/11/2017
29/11/2017