



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Prot. n. 20170090704

del 18 AGO. 2017

Al dott. Antonio POLVERINO
Dir. Med. Pneumologia
domiciliato per servizio c/o P.O.D. Venosa
antonio.polverino@aspbasilicata.it

Spett.le CIC SUD – Centro Italiano Congressi
Viale Escrivà, 28 - 70124 - Bari

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

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. 85050 del 31.07.2017.*

Il sottoscritto Dott. Giovanni Battista Bochicchio Direttore Generale p.t. dell'Asp di Potenza, vista la richiesta avanzata dal **dott. Polverino Antonio**, dipendente Asp in qualità di Dirigente Medico di Pneumologia in servizio presso il P.O.D. di Venosa, acquisita al protocollo aziendale di cui all'oggetto

Dichiara

che, in relazione all'istanza presentata di nulla osta ad accettare l'incarico di docente al Corso ECM "Casi clinici trattati in pneumologia" che si terrà a Barile (Pz), nel giorno 23 settembre 2017, a favore della "CIC SUD - Centro Italiano Congressi", 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 nocumento 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	Pubblico	<input type="checkbox"/>	Privato
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	SI	NO	
Anno di liquidazione			
Importo erogato			
Saldo	SI	NO	

TIMBRO E FIRMA DEL SOGGETTO CONFERENTE

* sbarrare casella che interessa

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
 ASP/1
 Protocollo Generale
 31 LUG. 2017
 N° 2017085050

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
 ASP/1
 Protocollo Generale
 31 LUG. 2017
 DATA DI ARRIVO

Allegato A

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO DI INCARICHI ESTERNI

Al Dirigente Responsabile
Asp Potenza
SEDE

Il sottoscritto ANTONIO POLVERINO nato a LAGONEGRO (PZ)
 il 02-03-1969 residente in Melfi (PZ) via CALVINO 1/A
 MATR. N. 10111863 in qualità di dipendente dell'Azienda Sanitaria
 Provinciale di Potenza, presso l'U.O. di PNEUMOLOGIA TERRITORIALE Profilo
 Professionale di PNEUMOLOGO a tempo INDETERMINATO
 con decorrenza economico giuridica

chiede autorizzazione a poter svolgere il seguente incarico:

Tipologia dell'incarico RELATORE CORSO ECM
 Soggetto a favore del quale svolge l'incarico Centro Italiano Cooperati CIC fund SRL
 Codice Fiscale o Partita IVA soggetto conferente 04043307210
 Modalità di svolgimento RELAZIONE CON INT ECM FINALE

Data inizio prevista 23-09-17 data finale prevista 23-09-17
 Compenso proposto o gratuito Compenso lordo uno ottocento (700 €)

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 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 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;

Melfi il 31-07-2017

Firma Dott. A. POLVERINO
 PNEUMOLOGIA
 TERRITORIALE - ASP


CENTRO ITALIANO CONGRESSI CIC

Gent.mo Dott.
Antonio Polverino

Bari, 25 luglio 2017

Oggetto: "CASI CLINICI ITINERANTI IN PNEUMOLOGIA" Barile (Pz), 23 settembre 2017

Gent.mo Dott. Polverino,

desideriamo informarLa che la nostra Società organizzerà a Barile (Pz) c/o il Grand Hotel Garden, il 23 settembre l'evento "Casi clinici itineranti in Pneumologia".

In relazione alla Sua competenza scientifica nell'area oggetto di trattazione, abbiamo il piacere di invitarLa a partecipare al suddetto incontro proponendoLe l'incarico di relatore del corso.

Per tale incarico è previsto un compenso lordo di € 700,00

Al riguardo, precisiamo che l'incarico in questione:

- non configura alcun tipo di rapporto di lavoro dipendente e/o di consulenza continuativa;
- ha natura libero professionale e dovrà essere svolto al di fuori dell'orario di lavoro e senza utilizzare i mezzi o i dati delle strutture pubbliche. Tranne i casi in cui l'utilizzo della struttura pubblica e delle sue attrezzature sia stato espressamente autorizzato dal legale Rappresentante dell'Ente, l'incontro deve essere svolto al di fuori delle strutture pubbliche.

- Dichiaro di essere dipendente di una Pubblica Amministrazione
- Dichiaro di non essere dipendente di una Pubblica Amministrazione
- Dichiaro di essere professore/ricercatore Universitario a tempo pieno, ed in base alla Legge n.240 del 30/12/2010 Art.6 C.10 sono escluso da autorizzazione

- In caso affermativo, in base all'art.53 del D.lgs. 30/3/2001 N.165, modificato dalla legge 190/2012, che disciplina le modalità per il conferimento di incarichi retribuiti ai dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni, si precisa che la scrivente società, non può conferire incarichi retribuiti senza la previa autorizzazione dell'amministrazione d'appartenenza, si invita pertanto a richiedere tale autorizzazione inviandocene copia.

Sarà Sua cura ottenere, ove previsto, l'eventuale autorizzazione da parte della Sua ASL/Ospedale alla partecipazione remunerata al Congresso medico/scientifico e La preghiamo di inviarcene copia via fax, diversamente non sarà possibile erogare il gettone di presenza.

Le saremmo grati se potesse indicarci se è solito emettere fattura (da intestare a: CENTRO ITALIANO CONGRESSI CIC SUD SRL - VIALE ESCRIVA' 28 - 70124 BARI - P.I./C.F. 04043330721), o se potremo corrisponderLe l'importo con ritenuta d'acconto come da modulo allegato.

La preghiamo di farci pervenire la Sua disponibilità in merito, restituendoci la copia allegata per accettazione.

Restiamo a Sua disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento e La preghiamo di voler gradire i nostri più distinti saluti.

Centro Italiano Congressi CIC SUD srl

Per accettazione dell'incarico

Timbro e Firma *31.07.2017*
 Dott. A. POLVERINO
 PNEUMOLOGIA
 TERRITORIALE - ASP

Antonio Polverino