



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

19 OTT. 2018

Prot. n. \_\_\_\_\_

20180104590

del \_\_\_\_\_

**Al dott. Michele CALABRESE**

Infermiere - domiciliato per servizio c/o P.T.S. 118 S. Nicola di Melfi  
[michelecalabrese85@libero.it](mailto: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](mailto: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. 97944 del 03.10.2018.

Il sottoscritto Dott. Antonio Pedota, Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane dell'Asp di Potenza, giusta deliberazioni nn. 78/2018 e 143/2018, vista la richiesta avanzata dal **dott. Michele Calabrese**, dipendente Asp in qualità di C.P.S. – Infermiere (cat. D), in servizio presso la p.t.s. 118 di S. Nicola di Melfi, acquisita al protocollo aziendale di cui all'oggetto, visto l'assenso espresso dal Direttore del D.E.U.

#### Dichiara

che, in relazione all'istanza presentata di nulla osta ad accettare l'incarico di Componente della Commissione d'esami del corso OSS, per conto della Agenzia Formativa dell'Enap Puglia, che si svolgeranno a Corato (BA), nei giorni 22, 23 e 24 Ottobre, 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. Sarà cura della S.V. evitare di assumere atti ovvero comportamenti che in qualsiasi modo possano essere confliggenti con l'attività istituzionale dell'ASP.

La presente autorizzazione, viene rilasciata sia al dipendente che all'amministrazione conferente, quest'ultima avrà cura di restituire l'allegato modulo compilato, entro 15 giorni dall'erogazione del compenso, onde consentire il soddisfacimento degli adempimenti previsti dall'art.53 del D.Lgs.165/2001 e ss.mm.ii.

La presente è inviata altresì alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane – Sede Amm.va di Venosa e Lagonegro – per gli adempimenti conseguenti in tema di autorizzazioni e anagrafe delle prestazioni.

Il Coll. Ammvo. Prof.  
Dott.ssa Rosanna Cutrone



Il Direttore U.O.C.  
Gestione e Sviluppo Risorse Umane  
Dott. Antonio Pedota

## ANAGRAFE DEGLI INCARICHI

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

<b>DIPENDENTE CHE HA RICEVUTO L'INCARICO</b>	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Qualifica	

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

<b>DATI RELATIVI ALL'INCARICO</b>			
Importo previsto per l'incarico al momento della richiesta di autorizzazione			
Tipo di incarico	Pubblico		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  
 Prof. - GENERALE  
 03 OTT. 2018  
 DATA DI ARRIVO

AZIENDA SANITARIA LOCALE  
 DI POTENZA - ASP  
 Prof. - GENERALE  
 U 3 OTT. 2018  
 N° 2018/0979/4

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO DI INCARICHI ESTERNI**  
 Al Dirigente Responsabile  
 Asp Potenza  
 Sede

Il sottoscritto PAVONE MICHELE  
 II 02/02/85 - residente in PARLVEIA (BAI) nato a PARLVEIA (BAI)  
 MATR.N. 1009397 in qualità di dipendente dell'Azienda D. ALONTEA 90/0  
 presso la U.O. U.S. SMC "U.D. B" profilo professionale infermiere - CAI-D mitaria provinciale di Potenza  
 A tempo INDETERMINATO con decorrenza giuridica INFERMIERE - CAI-D

**Chiede autorizzazione a poter svolgere il seguente incarico:**

Tipologia dell'incarico ATTIVITA' INTERNO COMMISSIONE D'ESAMI OSS  
 Soggetto a favore del quale svolgere l'incarico ENAP LUGLIA VIA PRAPRANO 19-24 BURGOLIS (OT)  
 Codice fiscale o partita IVA soggetto conferente 92023350426  
 Modalità di svolgimento MODALITA' CONT. LINE

Data inizio prevista 02 DICEMBRE 2018 data finale prevista 31 DICEMBRE 2018  
 Compenso proposto o gratuito NON NO

**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 e ha il carattere saltuario ed occasionale;
- che non sussistono motivi di incompatibilità con le attività attualmente svolte e prestate;
- che l'incarico sarà svolto fuori dell'orario di lavoro, senza utilizzare i 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 corrispondenza;

Michele Pavone li 03.10.2018  
 Firma \_\_\_\_\_

Regolamento incarichi.doc

→ SI ANNEGA MODALITA' INCARICO

indirizzo = michel.pavone@asppotenza.it  
 numero personale e cell = michel.pavone@asppotenza.it  
 09727292149



Ente  
Addestramento  
Professionale  
**PUGLIA**

Prot. 145 / EN.2018

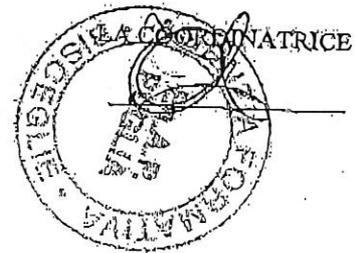
Andria, 01/10/2018

Spettabile  
Dott. Calabrese Michele

Oggetto:	CORSO	"Operatore Socio Sanitario"
	RIFERIMENTI DI APPROVAZIONE	POR Puglia - FESR FSE 2014-2020 - Asse prioritario X - Azione 10.3 Avviso Sperimentale n. 5/2016 "Operatore Socio Sanitario" A.D. 783 del 03/10/2016 BURP n. 113 del 06/10/2016; appr. Grad. N. 165 del 17/02/17 BURP n. 24 del 23/02/17 e A.D. n. 340 del 21/03/17 BURP n. 36 del 23/03/17. Corso "Operatore Socio Sanitario" Agenzia Formativa Andria OSS516BT21
	SEDE	Agenzia Formativa di Andria
	Nomina Membro Interno Esami Oss	

Con la presente, si nomina il Dott. Calabrese Michele come componente interno della Commissione d'Esami finale, del corso Oss in oggetto, che presumibilmente si svolgeranno nei giorni 22 23 e 24 Ottobre c/o l'Agenzia Formativa dell'Enap Puglia di Via Cesare Pavese a Corato. Se ci saranno delle variazioni saranno tempestivamente comunicate.

Distinti Saluti



**Ente Addestramento Professionale - Agenzia Formativa di BISCEGLIE (BT)**  
Via Fracanzano 19-27 cap 76011 città Bisceglie (BT) tel :080/3953033 fax: 080/3953033 C. F. n° 92025350726 P.IVA. n° 04892820723 e-mail: enapbisceglie@enappuglia.net.

0972792149