



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Prot. n. 20180074249

del 18 LUG. 2018

Al dott. Antonio POLVERINO
Dir. Med. Pneumologia
antonio.polverino@aspbasilicata.it

Spett.le Studio A&S S.r.l.
Via Bergamo, 8 (entrata via Maffei) – 20135 Milano

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. 70455 del 09.07.2018.*

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. Polverino Antonio**, dipendente Asp in qualità di Dirigente Medico di Pneumologia del P.O.D. di Venosa, acquisita al protocollo aziendale di cui all'oggetto, visto l'assenso espresso dal Direttore della U.O.C. di Pneumologia Territoriale

Dichiara

che, in relazione all'istanza presentata di nulla osta ad accettare l'incarico di Relatore all'evento formativo dal titolo "Ruolo della spirometria nella diagnosi, rivalutazione funzionale e ottimizzazione della terapia del paziente con BPCO", che si terrà nel giorno 20/09/2018, dalle ore 9:30 alle ore 13:45, a favore dello "Studio A&S S.r.l.", con compenso pari ad Euro 600,00, 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 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.

| 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
09 LUG. 2018
DATA DI ARRIVO

Allegato A

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO DI INCARICHI ESTERNI

Al Dirigente Responsabile
Asp Potenza
SEDE

Il sottoscritto DOTT. ANTONIO POLVERINO nato a LAGONEGRO - PZ
il 02-03-1969 residente in HELFI - PZ via ITALO CALVINO 1/c
MATR. N. 10.111.863 in qualità di dipendente dell'Azienda Sanitaria
Provinciale di Potenza, presso l'U.O. di PNEUMOLOGIA TERRITORIALE Profilo
Professionale di DIR. Medico I LIVELLO - Pneumologo a tempo INDETERMINATO
con decorrenza economico giuridica

chiede autorizzazione a poter svolgere il seguente incarico:

Tipologia dell'incarico RELATORE Corso Aggiornamento Professionale
Soggetto a favore del quale svolge l'incarico Studio ADS S.r.l.
Codice Fiscale o Partita IVA soggetto conferente
Modalità di svolgimento Lezioni frontali + Osservazione pratica + Questionario
di Verifica - Apprendimento
Data inizio prevista 20-09-2018 data finale prevista 20-09-2018 (dalle ore 09.30 alle 13.45)
Compenso proposto gratuito Euro 600 LRMI

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

AZIENDA SANITARIA LOCALE
DI POTENZA - ASP
Prot. - GENERALE
09 LUG. 2018
N° 2018/070455

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 03-07-2018

Firma

Antonio Polverino

Sede legale e operativa
Via Bergamo, 8 (entrata via Maffei)
20135 Milano



Tel. 02 5990.2525
Fax 02 5990.1652
E-mail: info@studioaes.it
Web: www.studioaes.it

Spett.le
ASL Potenza
Potenza

Alla C.A. del Direttore Generale

Milano, 29 giugno 2018

Egregio Direttore Generale,
lo Studio A&S S.r.l. di Milano Provider ECM id 565 dell'evento formativo dal titolo
**"Ruolo della spirometria nella diagnosi, rivalutazione funzionale e ottimizzazione
della terapia del paziente con BPCO"**

rivolto a Medici di Medicina Generale e avente come tematiche la BPCO, comunica che in
riferimento a tale evento sponsorizzato da Alfasigma S.p.A., fissato per il giorno:

giovedì 20 settembre 2018 dalle ore 09:30 alle ore 13:45

presso: Studio Medico Associato Insieme in C.so Garibaldi, 68 - 85025 Melfi (PZ)

si richiede la partecipazione del Dottor:

Antonio POLVERINO

in qualità di Relatore di tale evento.

Si specifica altresì che il Dottore rilascerà il modulo compilato e firmato relativo al
conflitto di interessi e che, per la sua prestazione in tale corso, il predetto medico riceverà un
compenso di Euro 600,00 (seicento/00 costo azienda) erogato dallo Studio A&S.
RingraziandoLa per l'attenzione, colgo l'occasione per inviarLe i miei migliori saluti.

Studio A&S S.r.l.
Provider ECM e Segreteria Organizzativa
Progetto reSPIRO

Dott. Ing. Massimo Cazzaniga