



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Prot. n. 183hh

Potenza, addì 20 FEB. 2025

Dott. De Biase Dino
UOC Medicina del lavoro – sede di Lagonegro
dino.debiase@aspbasilicata.it

ADHR Formazione Srl
Via Pio La Torre, 9 – 40013 Castel Maggiore (BO)

p.c. Ufficio Rilevazione Presenze Lagonegro
nicola.ladaga@aspbasilicata.it/mario.venice@aspbasilicata.it

Dott.ssa Stefania Traficante
U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
stefania.traficante@aspbasilicata.it

U.O.S.D. Responsabile della Trasparenza e Sito Aziendale
responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it

Oggetto: *autorizzazione svolgimento incarichi esterni ex art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 - Riscontro nota acquisita al prot. n. 15502 del 11.02.2025.*

Viste:

- la richiesta di cui all'oggetto, avanzata dal Dott. De Biase Dino, Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro presso la U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – sede di Lagonegro;
- la Deliberazione del Commissario con i poteri del Direttore Generale n. 78/2018 e l'assenso in calce alla richiesta del Responsabile del Servizio;

richiamati:

- l'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e *ss.mm.ii.* che detta disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi anche occasionali extra ufficio dei dipendenti delle PP.AA;
- il vigente Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali, adottato con D.D.G. n. 521/2013, come modificato con successiva D.D.G. n. 453/2014;

considerato che, in relazione all'istanza di autorizzazione per lo svolgimento di incarico di *docenza a distanza*, in videoconferenza, per "ADHR Formazione Srl", per il giorno 18.02.2025 (4 ore a dalle ore 14.15 alle 18:15), dietro compenso lordo di 40,00 euro/ora, da svolgersi al di fuori dell'orario di lavoro:

- non sussistono cause d'incompatibilità di diritto e di fatto o situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con le attività di istituto svolte dal citato dipendente;
- non sussistono esigenze organizzative tali da impedire l'autorizzazione richiesta, tenuto conto delle esigenze del servizio dell'ufficio e dell'impegno richiesto per l'incarico conferito;

Si autorizza il Dott. De Biase Dino allo svolgimento dell'attività sopra indicata, al di fuori dell'orario di lavoro.

Il soggetto conferente è invitato a restituire alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, entro 15 giorni dall'erogazione del compenso, l'allegato modulo, debitamente compilato, onde consentire il soddisfacimento degli adempimenti previsti dall'art.53 del D. Lgs.165/2001 e *ss.mm.ii.*

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

Per eventuali informazioni:
Coll.re Amm.vo Prof.le Dott.ssa Rosanna Cutrone
Tel. 0972/39455 mail: rosanna.cutrone@aspbasilicata.it

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	☐	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

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO DI INCARICHI ESTERNI

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA A.S.P. Protocollo Generale
11 FEB. 2025
N° 15502

Al Direttore
 U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
 Dott. Antonio Pedota
 Asp Potenza
 Sede

Il sottoscritto **DINO DE BIASE** nato a **SAPRI (SA)**

il **19/08/1982** residente in **LAURIA (PZ)** via **TORRETTA n. 22**

MATR. N. **30132091** in qualità di dipendente dell'Azienda Sanitaria

Provinciale di Potenza, presso l'**U.O. di LAGONEGRO (PZ)**

Profilo Professionale di **C.P.S. TECNICO DELLA PREVENZIONE AMBIENTE E LUOGHI DI LAVORO - PROFESSIONISTA FUNZIONARIO** a tempo **INDETERMINATO**

con decorrenza economico – giuridica **01/04/2024**

chiede autorizzazione a poter svolgere il seguente incarico:

- Tipologia dell'incarico **FORMAZIONE/DOCENZA**
- Soggetto a favore del quale svolge l'incarico **Adhr Formazione Srl - Via Pio La Torre, 9 - 40013 Castel Maggiore (BO)**
- Codice Fiscale o Partita IVA soggetto conferente **01527360091**
- Modalità di svolgimento **DOCENZA A DISTANZA IN VIDEOCONFERENZA**
- Data inizio prevista **18/02/2025** data finale prevista **18/02/2025**
- Compenso proposto: **40,00 euro/ora (Importo Lordo) * n. 4 ore totali (dalle 14:15 alle 18:15 fuori orario lavorativo)**

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;

Lagonegro, 10/02/2025
 (ASP) **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA**
 Azienda Sanitaria Locale di Potenza
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 U.O. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
 Via Ciccotti - Tel. 0971 310339-46 Fax 310340 - 85100 Potenza

Firma _____