



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Prot. n. 86415

Potenza, addì 15 SET. 2025

Dott. Giovanni Vito Corona

Direttore U.O.C. Oncologia  
Territoriale, Cure domiciliari e Palliative  
[giovanni.corona@aspbasilicata.it](mailto:giovanni.corona@aspbasilicata.it)

Sapienza Università di Roma

Dipartimento di Chirurgia  
Piazzale Aldo Moro, 5 – 00185 Roma

Università Cattolica del Sacro Cuore

[protocollogenerale@rm.unicatt.it](mailto:protocollogenerale@rm.unicatt.it)

Ufficio Rilevazione Presenze Potenza

[rilpres@aspbasilicata.it](mailto:rilpres@aspbasilicata.it)

U.O.S.D. Responsabile della Trasparenza e Sito Aziendale

[responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it)

Oggetto: *autorizzazione svolgimento incarichi esterni ex art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 - Riscontro nota acquisita al prot. n. 85411 del 11.09.2025.*

Viste:

- la richiesta di cui all'oggetto, avanzata dal Dott. Giovanni Vito Corona, dipendente ASP in qualità di Direttore dell'U.O.C. Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative, acquisita al protocollo aziendale di cui all'oggetto;
- la Deliberazione del Commissario con i poteri del Direttore Generale n. 78/2018 e ss.mm.ii.;

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 dell'incarico di *Docenza*, a distanza, per conto del *Dipartimento di Chirurgia della "Sapienza" Università di Roma* (P. 02133771002), per il giorno 18.11.2025, dietro compenso riconosciuto pari ad euro 100,00, da svolgersi al di fuori dell'orario lavorativo:

- 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. Corona Giovanni Vito 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 Pedota

Per eventuali informazioni:

Coll.re Amm.vo Prof.le Dott.ssa Rosanna Cutrone

Tel. 0972/39455 mail: [rosanna.cutrone@aspbasilicata.it](mailto: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