



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Prot. n.

8677

Potenza, addì

28 GEN. 2025

Dott. Saverio GLISCI

Dirigente Medico Cure Palliative

saverio.glisci@aspbasilicata.it

NUME PLUS srl

trasmissione in PEC a:

numeplussrl@pec.it

Ufficio Rilevazione Presenze Potenza

rilpres@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. 7949 del 22.01.2025.*

Viste:

- la richiesta di cui all'oggetto, avanzata dal Dott. Saverio Glisci, Dirigente Medico presso la U.O.C. di Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative;
- la presa visione, in calce alla richiesta, del Responsabile della U.O.C. di competenza;

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 *relatore* a favore di *NUME PLUS srl*, che si terrà in data 04.03.2025, in presenza, dietro compenso previsto di circa euro 300,00, 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. Saverio Glisci 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

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 POTENZA U.O. GESTIONE DEL PERSONALE
22 GEN. 2025
Prot. N. <u>7949</u>

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

Il sottoscritto GLISEI SAVERIO nato a POTENZA
il 17-11-67 residente in POTENZA via ANGELO 39
MATR. N. 20139870 U.O.C. Oncologia Critica Quartale di dipendente dell'Azienda Sanitaria
Provinciale di Potenza, presso l'U.O. di Cure Domiciliari e Palliative di Potenza
Profilo Professionale di DIRIGENTE MEDICO Gianvito Corona a tempo INDETERMINATO
con decorrenza economico - giuridica SETTEMBRE 2023
chiede autorizzazione a poter svolgere il seguente incarico:
• Tipologia dell'incarico RELATORE
• Soggetto a favore del quale svolge l'incarico NUME PLUS SRL VIA PANCIATICHI 40/4 FIRENZE
• Codice Fiscale o Partita IVA soggetto conferente 06595830487
• Modalità di svolgimento in presenza
• Data inizio prevista 04-03-2025 data finale prevista 04-03-2025
• Compenso proposto o gratuito 300 (trecento) euro lordi

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;

Potenza il 21-01-025

Firma Scam Plc