



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI

Piazza Giulio Cesare 11 – 70124 Bari
U.O. FORMAZIONE – POLO DIDATTICO

0094292|07/11/2023
|AOUCPG23|UFORM|P
-

Dott.ssa Deborah Fiordelisi
Dirigente Medico
U.O. Malattie Infettive
AOUC Policlinico di Bari

**Oggetto: incarico di Docente del Progetto Formativo: “Corso di formazione ed aggiornamento professionale del personale addetto ai reparti di malattie infettive e AIDS (ex legge n. 135/90).
” Recupero Anno Finanziario 2014 – COMPARTO”**

Gentilissimo/a,

a seguito dell'individuazione della S.V. da parte del Responsabile Scientifico del Progetto Formativo di cui all'oggetto e della avvenuta consultazione del Suo curriculum vitae, con la presente si conferisce l'incarico di Docente in merito all'argomento riportato nel predetto Progetto, per un totale di n. 6 ore, che si terrà nel corso dell'anno 2023, come da relativo programma.

Si precisa altresì che qualora si dovessero verificare riduzioni o sospensioni dell'attività oggetto della presente lettera d'incarico, per motivi didattici e/o organizzativi, il compenso sarà rapportato alle ore di collaborazione effettivamente svolte, tramite verifica dell'apposito registro delle attività.

Si evidenzia che, in riferimento alla docenza degli eventi formativi aziendali, espletata dal personale dipendente durante lo svolgimento dell'orario di servizio, la stessa dovrà essere rilevata mediante l'utilizzo del proprio badge selezionando il codice di timbratura ‘. 29’; mentre per l'attività di docenza espletata al di fuori dell'orario di servizio, la rilevazione presenza dovrà avvenire con il codice timbratura ‘. 19’. Si preannuncia che, in assenza di tali elementi, le richieste di liquidazione dei relativi compensi non verranno disposte ed autorizzate.

A tal riguardo, si precisa che per le attività formative realizzate durante l'orario di servizio, Le verrà corrisposto un compenso omnicomprendente lordo di €. 5,16 (euro cinque e 16 centesimi) per ogni ora effettivamente svolta, invece, per le attività realizzate al di fuori l'orario di servizio, Le verrà corrisposto un compenso omnicomprendente lordo di €. 25,82 (euro venticinque e 82 centesimi) per ogni ora effettivamente svolta, secondo quanto riportato nel documento “Linee di indirizzo regionale sull'attività di formazione nelle Aziende Sanitarie”, adottate con D.G.R Puglia n. 394 del 05/03/2012.

Si comunica, infine, che questa Azienda, in applicazione della Legge n. 196/03 e ss. mm. ii., s'impegna a rispettare la riservatezza delle informazioni fornite e tutti i dati conferiti saranno trattati solo per finalità connesse e strumentali alla gestione della collaborazione nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Tutto ciò premesso, Le chiedo di restituire, *brevi manu*, copia in originale, o a mezzo PEC (ufficio.formazione.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it), la presente debitamente firmata, quale accettazione dell'incarico de quo e a conferma dei dati anagrafici riportati, unitamente a:

- eventuale autodichiarazione di aver chiesto ed ottenuto il nulla osta da parte della propria amministrazione di appartenenza, a poter svolgere l'incarico in questione;
- eventuale autodichiarazione di non aver superato, nel corso del corrente anno, la somma di €. 5.000,00 lordi, quali soglia di esenzione dall'obbligo contributivo relativamente a redditi derivanti da prestazioni di collaborazione occasionale;
- autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse ai sensi della Legge n.190 del 06.11.2012;
- autodichiarazione di incompatibilità e inconfiribilità, ai sensi del D.Lgs. n.39 del 2013.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI

Piazza Giulio Cesare 11 – 70124 Bari
U.O. FORMAZIONE – POLO DIDATTICO

Si rappresenta, infine, l'opportunità che la S.V., in caso di accertato e/o subentrato impedimento a svolgere l'attività didattica conferitaLe, lo comunichi tempestivamente, a mezzo mail/PEC, all'U.O. Formazione di quest'Azienda.

Distinti saluti.

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Massimo Montaruli

Il Dirigente Responsabile ad interim
Dott.ssa Karina Cristino

Il Direttore Amministrativo
Dott. Gianluca Capochiani

Il Docente /Istruttore
(Firma per autorizzazione al trattamento dei dati personali
ai sensi del D.Lg. n. 196/2003 e ss. mm. ii.)
Dott.ssa Deborah Fiordelisi

Il Docente /Istruttore
(Firma per presa visione e accettazione)
Dott.ssa Deborah Fiordelisi



All. 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il/la sottoscritt/a TORDELLI DEBORAH, nata a [REDACTED] ([REDACTED])
il [REDACTED] e residente in [REDACTED] ([REDACTED]), Cod. Fisc.: [REDACTED]

avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di aver percepito per l'anno 200_ un importo totale derivante da prestazioni occasionali superiori a 5.000,00 euro

di non aver percepito per l'anno 200_ un importo totale derivante da prestazioni occasionali superiori a 5.000,00 euro

Luogo e data _____

Firma



All. 3

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE E DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ
(ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dall'art. 1 comma 42 lettera h Legge n. 190/2012 e dall'art. 20 del D.Lgs. 39/2013)

Il/la sottoscritt@ DEBORAH FIORELLI SI, nata a [REDACTED] (P) il [REDACTED] e residente in [REDACTED] (P), Cod. Fisc.: [REDACTED] in relazione al seguente incarico DOCENTE, conferito con nota prot. 96292 del 07/11/23

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012;
- che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari
- Di prestare l'attività professionale di DOCENTE

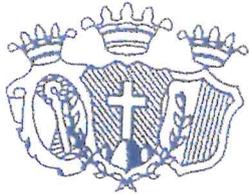
Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

AUTORIZZA

La pubblicazione dei presenti dati sul sito web dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

Luogo e data 13/11/2023

Firma
[Handwritten Signature]



All. 4

DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AL COMPENSO DELL'INCARICO DI DOCENZA

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....
.....,il.....residente a.....
....., c.a.p.....via.....n.....tel.....
..... mail.....

in qualità di Docente al Corso di Formazione dal titolo: **“Corso di formazione ed aggiornamento professionale del personale addetto ai reparti di malattie infettive e AIDS (ex legge n. 135/90).”** **Recupero Anno Finanziario 2014 – COMPARTO**” di cui al conferimento di incarico, disposto dall’A.O.U.C. Policlinico di Bari, con nota prot. n. _____ del _____

DICHIARA

di RINUNCIARE, come in effetti rinuncia, definitivamente ed incondizionatamente alla retribuzione del suddetto incarico.

Firma

.....