

UOS Formazione

**Il dirigente della UOS Formazione
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 733 del 18/09/2019

**OGGETTO: ATTIVITA' DI DOCENZA (PRESTAZIONE OCCASIONALE) DR. VITTORIO
SCAFFA**

Esercizi/o 2019 - conto 502020302 Centri/o di costo .

- **Importo presente Atto: € 1.000,00**

- **Importo esercizio corrente: € 1.000,00**

Budget

- **Assegnato: € 400.000,00**

- **Utilizzato: € 114.636,17**

- **Residuo: € 284.363,83**

Autorizzazione n°: 2019/72137.1918

Servizio Risorse Economiche: **Cinzia Bomboni**

UOS Formazione Proposta n° DT-748-2019

L'estensore

Marta Barbagallo

Il Responsabile del Procedimento

Tiziana Lavalle

Il Dirigente della UOS Formazione

Tiziana Lavalle

La presente determinazione si compone di n° 4 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

- modalità di pagamento
- accettazione incarico

- richiesta pagamento prestazione occasionale
- autorizzazione incarico
- nota incarico docenza

Il Dirigente della UOS Formazione

- VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO il Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- VISTA la Legge Regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- VISTA la delibera del 29 settembre 2010 n.753 con la quale è stato istituito l'Ufficio Formazione degli IFO;
- VISTA la delibera del 30 novembre 2010 n.939 con la quale è stato integrato e modificato il predetto provvedimento 753/2010;
- VISTA la delibera n. 232 del 14 aprile 2015 avente ad oggetto “Adozione del Regolamento di Organizzazione Funzionamento degli IFO” prevedendo la UOS Ufficio Formazione inserita all'interno della UOC Risorse Umane;
- VISTA La deliberazione n.° 173 del 28 Febbraio 2019, con la quale è stato approvato il Piano Formativo Aziendale 2019 (PFA), che demanda per quanto di competenza all'Ufficio Formazione, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi alla realizzazione delle attività di formazione obbligatoria e facoltativa, attivando ove previsto, le procedure necessarie agli accreditamenti ECM, in qualità di provider presso l'A.GE.NA.S.;
- VISTO che con la medesima deliberazione n.°173/2019, è stato approvato il Budget provvisorio per l'attività di formazione 2019, prevedendo tra l'altro la possibilità di integrare il predetto PFA, mediante la programma-

zione delle attività didattiche, e l'individuazione di ulteriori percorsi formativi necessari al fabbisogno formativo del personale degli Istituti;

PREMESSO che in data 29 Marzo 2019 si è svolto presso gli I.F.O. l'evento formativo dal titolo "Conflitto di interessi, sponsorizzazioni e codici di comportamento nella formazione";

PREMESSO che nella medesima giornata il Dr. Vittorio Scaffa ha svolto una relazione, della durata di 4 ore dalle ore 9.00 alle ore 13.00;

VISTA la nota prot. N. 626 del 14/01/2019, con la quale veniva affidato l'incarico di docenza al Dr. Vittorio Scaffa, prevedendo un compenso di € 1000,00 lordi;

VISTA l'accettazione del Dr. Vittorio Scaffa e l'autorizzazione pervenuta da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione circa lo svolgimento dell'incarico didattico con compenso di € 1000,00 lordi;

VISTA la richiesta di pagamento prestazione occasionale pervenuta da parte del Dr. Vittorio Scaffa per un importo complessivo di € 1000,00 lordi in ragione della docenza effettuata;

ACCERTATO da parte dell'Ufficio Formazione il regolare svolgimento dell'incarico affidato, come previsto dal piano didattico che ha pienamente soddisfatto gli obiettivi formativi;

RITENUTO pertanto opportuno di:

- Corrispondere la somma di € 1000,00 lordi quale prestazione occasionale svolta dal Dr. Vittorio Scaffa;
- far gravare relativa spesa di € 1000,00 sul Conto n. 502020302 bilancio 2019;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di

cui all'art. 1, primo comma, della legge 7 agosto 1990, n. 241, come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

ATTESTATO

altresì che il presente provvedimento è predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

DETERMINA

Per i motivi esposti in narrativa di:

- Corrispondere la somma di € 1000,00 lordi quale prestazione occasionale svolta dal Dr. Vittorio Scaffa;
- far gravare relativa spesa di € 1000,00 sul Conto n. 502020302 bilancio 2019

La U.O.C. Risorse Economiche curerà gli adempimenti relativi al pagamento della somma di cui alla presente determinazione.

La UOS Formazione curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOS Formazione

Tiziana Lavalle

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

UOS Formazione

Alla C. A.
Dott. Valerio Scaffa
v.scaffa@anticorruzione.it

Oggetto: incarico di docenza all'evento formativo "Conflitto di interessi, sponsorizzazioni e codice di comportamento nella formazione" presso gli IFO di Roma.

Con la presente, facendo seguito alle comunicazioni intercorse per le vie brevi, si chiede alla S.V. la disponibilità di essere docente unico nel corso "Conflitto di interessi, sponsorizzazioni e codice di comportamento nella formazione" della durata di 4 ore. Il compenso previsto, per la Sua docenza, è di € 1000 lorde.

Il corso, rivolto prevalentemente a personale sanitario, si dovrebbe svolgere nel primo trimestre 2019. La data ipotizzata (15 febbraio) non è al momento disponibile perché nelle aule sono in corso lavori di adeguamento. Le chiediamo, quindi, una data alternativa nel mese di marzo, possibilmente tra il 15 e il 30 marzo.

In caso di accettazione dell'incarico, Le chiediamo di inviare per email, alla casella di posta tiziana.lavalle@ifo.gov.it, i moduli allegati sottoscritti (accettazione incarico, scheda anagrafica e fiscale). Al termine dell'attività didattica potrà restituire, con la stessa modalità, la nota per il compenso della Sua prestazione didattica (MFOR 05), ovvero consegnarla in sede il giorno dell'evento formativo.

La Sua chiara competenza sui temi oggetto della formazione sarà di grande utilità per il personale e darà la possibilità di chiarire molti punti ostici della normativa.


Cordiali saluti.

Tiziana Lavalle



Responsabile del procedimento
Tiziana Lavalle



 UO Formazione	Richiesta pagamento prestazione occasionale	Allegato al Regolamento	Rev. 0
	M.FOR-32	Data emissione 21/06/2018	Pagina 1 di 1

Nome e Cognome VITTORIO SCAFFA
 Luogo e data di nascita NAPOLI 12-1-1972
 Codice fiscale SCFUTR72A12F83PX
 Indirizzo di Residenza VIA D'APUSCO n. 37 CAP 00146 Città Prov. () ROMA
 Intestatario/i del conto _____ IBAN _____
 E-mail _____ N. Telefono _____

Alla Direzione degli IFO
 c.a. UO Formazione
 Via Elio Chianesi 53
 00144 Roma

Oggetto: nota per prestazione occasionale n. 1.....

In riferimento al Vs. incarico del _____ conferito nell'ambito del progetto

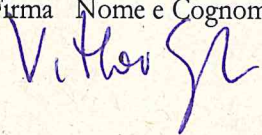
chiedo la liquidazione del compenso per lo svolgimento dell'attività di docente relatore
ANTI CORRUZIONE prestata per ore 4 nel periodo dal 29/3/19 al 29/3/19

Compenso lordo € 1000,00
 - ritenuta d'acconto al 20% € 200,00
 - 1/3 INPS (*.....% su €°.....) € /

*Nel caso il prestatore d'opera, alla data di emissione della nota, sommando i compensi LORDI per attività di lavoro autonomo occasionale PERCEPITI da parte di TUTTI i committenti nell'anno 2017 incluso il presente abbia superato € 5.000,00
 * deve indicare l'aliquota INPS di riferimento [vedasi la contribuzione riservata ai collaboratori a progetto]
 ° deve indicare l'eccedenza rispetto alla franchigia di € 5.000,00*

Netto dovuto € 800,00

Trattasi di prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi dell'art. 5 DPR 633/72.

Firma Nome e Cognome


DA APPLICARE
Bollo € 2,00 (se
 importo Lordo
 superiore a € 77,46)



Autorità Nazionale Anticorruzione

Prot. Interno del 21/03/2019

Numero: 0023356

Ufficio: SG - SEG Segreteria del Segretario

Autorità Nazionale Anticorruzione
Segreteria e Staff del Consiglio

Al Segretario Generale

SEDE

Oggetto: Incarico di docenza dell'evento formativo. Conflitto di interessi, sponsorizzazioni e codici di comportamento nella formazione" presso gli IFO di Roma.


Il sottoscritto Vittorio Scaffa, dipendente in servizio presso lo Staff del Consiglio chiede, ai sensi dell'articolo 8 del codice di comportamento, l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico didattico relativo all'oggetto, con compenso di 1000 euro lordi, per un numero di 4 ore di lezione, da svolgersi a titolo personale, al di fuori dell'orario di lavoro, in data Venerdì 29 marzo 2019, dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

Roma 20 marzo 2019

Vittorio Scaffa

Si autorizza
Il Segretario Generale

Visto
Il Presidente

 UO Formazione	ACCETTAZIONE INCARICO DIDATTICO	Allegato al Regolamento	Rev. 0
	M.FOR-19	10/10/2018	Pagina 1 di 2

Al Responsabile della UO Formazione

Il sottoscritto VITTORIO SCAFFA
 Nato a NAPOLI il 12/01/1972 Codice Fiscale SCAFUR 72A12 F839X
 Residente a ROMA Via/Piazza DAMASCO N. 37
 cap 00146 tel. n. _____ cell. n. 3494239638 e-mail v.scaffa@outconsona.it

Iscritto Albo Ordine N. Iscrizione _____ Provincia _____

titolare di Partita IVA individuale (persona fisica) _____

Persona Giuridica denominazione _____

Sede Legale _____

Partita IVA _____

DICHIARA di accettare l'incarico didattico per:

Durata _____ Periodo _____

in ottemperanza del Codice Etico della UO Formazione, di non essere coniuge, il convivente, il parente e l'affine, del Responsabile della UO Formazione o di un componente della Direzione Strategica o delle Direzioni Scientifiche o delle Direzioni Dipartimentali interessate all'evento formativo.


- Titolo di studio: DIPLOMA A LAUREA IN GIURISPRUDENZA
 (indicare il più elevato. Es. laurea, scuola di specializzazione, dottorato di ricerca, ecc)

- Descrizione titolo di studio: _____
 (es: scienze giuridiche, economia aziendale, ecc.)

- Cittadinanza: _____ (e per i soli cittadini extracomunitari)

- Data richiesta permesso di soggiorno: _____ - Scadenza permesso di soggiorno: _____

- Motivo permesso di soggiorno: _____
 (sono considerati solo permessi di soggiorno rilasciati per la causale lavoro)

 UO Formazione	ACCETTAZIONE INCARICO DIDATTICO	Allegato al Regolamento	Rev. 0
	M.FOR-19	10/10/2018	Pagina 2 di 2

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione in Italia e all'estero dei propri dati personali da degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e successive integrazioni.

Allega:

- curriculum *vitae et studiorum* in formato europeo
- per i soli cittadini extracomunitari copia del permesso di soggiorno.

Luogo e data

ROMA 29-3-2019

Firma

V. Hlavac

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso
SCAFFA	VITTORIO	M

Data di nascita	Comune di nascita	Prov.
12-01-1972	NAPOLI	NA

Codice Fiscale
S E F V T R 7 2 A 1 2 F 8 3 P X

Codice di identificazione fiscale estero/TAX personal Code/ID

P.IVA/ Partita Iva

Tipologia Contrattuale Lavorativa		
Dipendente <input checked="" type="checkbox"/>	Libero Professionista <input type="checkbox"/>	Altro: _____

Professione
Disciplina <u>FUNZIONARIO ANAC</u>

Residenza

Via	N.	Comune	Prov.	Cap
DAMASCO	37	ROMA	ROMA	00145

Domicilio se diverso dalla residenza

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

Recapito (da compilarsi solo se diverso dai precedenti indirizzi)

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail	Telefono	Fax	Cellulare
v.scaffedout@comune.it			3494239638

Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:

<input checked="" type="checkbox"/> Versamento su c/c con le seguenti coordinate IBAN (27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio a lato)				<table border="1"> <thead> <tr> <th>ABI</th> <th>CAB</th> <th>Numero conto corrente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IT 96 W 05856</td> <td>11601</td> <td>050570111111</td> </tr> </tbody> </table>		ABI	CAB	Numero conto corrente	IT 96 W 05856	11601	050570111111
ABI	CAB	Numero conto corrente									
IT 96 W 05856	11601	050570111111									
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE						
I	T	199	030	3203	2040100000012172						

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Data	29.3.2019	Firma	Vittorio S...
------	-----------	-------	---------------

* **Importante:** allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la **copia della carta di identità** in corso di validità.

INFORMATIVA AI FINI DELLA PRIVACY

S'informa che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sulla tutela dei dati personali, si autorizza gli IFO a trattare i dati raccolti con la presente dichiarazione in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

Data	29.3.2019	Firma	V...
------	-----------	-------	------

Il/La sottoscritto/a
dichiara* sotto la propria responsabilità:

(Barrare solo le caselle che interessano. Per un supporto alla compilazione vedi Guida allegata)

Che, alla data odierna, i compensi percepiti derivanti da attività occasionali:	
D1	<input type="checkbox"/> Superano i 5.000 euro lordi ed ammontano ad euro _____ (1) di cui erogati da questa Fondazione euro _____ (2) <input checked="" type="checkbox"/> Non superano i 5.000 euro lordi

(1) I primi 5000 euro lordi annui costituiscono una soglia di esenzione dall'obbligo contributivo ai fini Inps.

(2) Indicare l'ammontare dei redditi da lavoro autonomo occasionale erogati alla data odierna

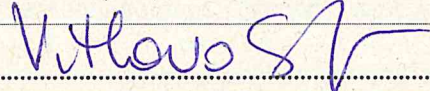
D2	<input checked="" type="checkbox"/> Di essere dipendente pubblico a tempo indeterminato dal <u>15-11-2004</u> presso <u>ANAC (DA 2016)</u> sede Legale <u>VIA MARCO MINGHETTI 10</u>										
	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente pubblico a tempo determinato dal _____ al _____										
	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente pubblico a tempo det./indet. o comunque di far parte del personale di una pubblica amministrazione (es. ricercatore, dottorando, assegnista di ricerca) dal _____ al _____										
	<input checked="" type="checkbox"/> Di allegare se necessario l'autorizzazione richiesta o la comunicazione effettuata all'Ente di appartenenza:										
	Codice Fiscale Ente										
	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente privato a tempo indeterminato dal _____										
	<input type="checkbox"/> Di essere dipendente privato a tempo determinato dal _____ al _____										

D3	<input type="checkbox"/> Di essere titolare di pensione diretta <input type="checkbox"/> Di essere titolare di pensione indiretta o reversibilità
----	--

D4	<input type="checkbox"/> Di essere iscritto/a alla Cassa Previdenziale di Categoria denominata: _____
----	---

D5	Di ricevere emolumenti a carico di finanze pubbliche per trattamenti pensionistici e/o trattamenti economici e/o incarichi di varia natura per un importo complessivo:	
	<input type="checkbox"/> Superiore ad euro 240.000	<input checked="" type="checkbox"/> Non superiore ad euro 240.000
D6	<input type="checkbox"/> Di essere iscritto/a alla Gestione Separata INPS: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
D7	Di aver percepito/percepirà nell'anno in corso compensi assoggettati a contributi previdenziali c/o gestione separata INPS (es. co.co.co, assegni di ricerca, dottorato di ricerca)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Non superiori ad euro 100.324,00	<input type="checkbox"/> Superiori ad euro 100.324,00

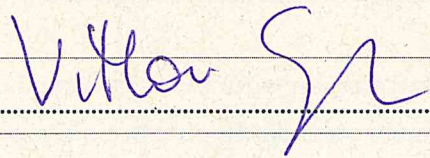
Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Data	29-3-2019	Firma	
------	-----------	-------	--

***Importante:** allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità in corso di validità.

INFORMATIVA AI FINI DELLA PRIVACY

S'informa che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sulla tutela dei dati personali, si autorizza gli IFO a trattare i dati raccolti con la presente dichiarazione in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

Data	29-3-2019	Firma	
------	-----------	-------	--