

UOS Formazione

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

N. 45 del 16/01/2020

**OGGETTO: LIQUIDAZIONE FATTURA N.12/001 DEL 23/12/2019 PROT. IVA 14014 EMES-
SA DALLA DR.SSA ELISA CHECCUCCI RELATIVA ALL'ATTIVITA' DI DOCENZA EF-
FETTUATA IN OCCASIONE DELL'EVENTO DAL TITOLO "EUROPEAN NETWORK FOR
RARE ADULT SOLID CANCER.." CODICE 1270-281153 EDIZIONE 1 SVOLTOSI IL
19/12/2019**

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

- **Importo presente Atto: € 178,80**

- **Importo esercizio corrente: € .**

Budget

- **Assegnato: € 400.000,00**

- **Utilizzato: € 139.402,76**

- **Residuo: € 260.418,44**

Autorizzazione n°: 2019/72137.2311

Servizio Risorse Economiche: **Cinzia Bomboni**

UOS Formazione Proposta n° DT-35-2020

L'estensore

Massimo Bisozzi

Il Responsabile del Procedimento

Tiziana Lavalle

Il Dirigente della UOS Formazione

Tiziana Lavalle

- CONSIDERATO** Che è stato affidato, da parte dei responsabili scientifici dell'evento, l'incarico di docenza alla dr.ssa Elisa Checcucci per un intervento della durata di 2 ore e un compenso di € 85,00/h per un totale di € 170,00;
- CONSIDERATO** che la dr.ssa Elisa Checcucci accetta formalmente l'incarico didattico per il corso in questione
- VISTA** la fattura n. 12/001 del 02/12/2019, protocollo IVA n.14014, emessa dalla nominata dr.ssa Elisa Checcucci per l'importo di € 178,80, in ragione delle numero 2 ore di docenza effettuate;
- ACCERTATO** da parte dell'Ufficio Formazione il regolare svolgimento delle docenze effettuate dalla nominata relatrice dr.ssa Elisa Checcucci nelle giornate e negli orari sopra indicati, come da allegato foglio firme relatori;
- RITENUTO** pertanto opportuno di:
- liquidare la fattura n. 12/001 del 02/12/2019, protocollo IVA n.14014, emessa dalla nominata dr.ssa Elisa Checcucci per l'importo di € 178,80, in ragione delle numero 2 ore di docenza effettuate in occasione dell'evento dal titolo "European network for Rare adult solid Cancer..." codice di accreditamento Age.na.s. 1270-281153 edizione 1;
 - far gravare relativa spesa di € 178,80 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:

- liquidare la fattura n. 12/001 del 02/12/2019, protocollo IVA n.14014, emessa dalla nominata dr.ssa Elisa Checcucci per l'importo di € 178,80, in ragione delle numero 2 ore di docenza effettuate in occasione dell'evento dal titolo "European network for Rare adult solid Cancer..." codice di accreditamento Age.na.s. 1270-281153 edizione 1;
- far gravare relativa spesa di € 178,80 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 Lavallo

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

FEPA - ABSTRACT XML



CHECCUCCI ELISA
00100 VIALE INDRO MONTANELLI 20 IT

Partita IVA: 15114661000
Codice fiscale: CHCLSE80C50D612U

Spett.le
IRCCS ISTITUTI FISIOTERAPICI
OSPITALIERI - Via Elio Chianesi n.
53 - 00144 - Roma
Codice Univoco Ufficio:UFWFGB

Fattura	23/12/2019	12/001		
GIORNI PAGAMENTO	DATA PAGAMENTO	STRUMENTO PAGAMENTO	CONDIZIONI DI TRASP.	VALUTA
		Bonifico	Altro	Euro

Ritenuta				
Tipologia ritenuta	Importo ritenuta	Aliquota ritenuta (%)	Causale	
Ritenuta persone fisiche	35,36	20,00	A	

CODIFICA	UN. MIS.	Q.TA'	IMPORTO UNITARIO	SCONTI	IMPONIBILE	IMPONIBILE	IVA
		2	85,00		170,00		0,00
DESCRIZIONE	Partecipazione in qualità di RELATORE al Corso: "European network for Rare adult solid Cancer: un progetto di collaborazione internazionale tra centri di eccellenza basato sulla interdisciplinarietà." I Edizione, tenutosi presso il Vostro Istituto in data 19/12/2019.						
		1	2,00		2,00		0,00
DESCRIZIONE	Marca da bollo						

IMPOSTE

DESCRIZIONE	%	IMPOSTA
ES15 - ESCLUSI ART.15 DPR 633/72	0,00	0,00
E029 - ESENTE ART.10 ALTRI NUMERI DPR 633/72 (SERVIZI)	0,00	0,00


IMPOSTE

DESCRIZIONE	%	IMPOSTA
ES15 - ESCLUSI ART.15 DPR 633/72	0,00	0,00
E029 - ESENTE ART.10 ALTRI NUMERI DPR 633/72 (SERVIZI)	0,00	0,00

Importo a carico SSR:	2,00
Quota Fissa:	
Bollo:	
Toale Documento:	178,80
TOTALE DA PAGARE:	143,44

PARCELLA 12/001_23-DIC-19_178,8

Onorari	€ 172,00
INPS	€ 6,80
Totale Imponibile	€ 178,80
IVA 0,00 % su Imponibile	€ 0,00
Totale	€ 178,80
Ritenuta d'acconto 20,00 %	€ 35,36
Netto a pagare s.e.o.	€ 143,44

 UO Formazione	Incarico di docenza per eventi formativi	Allegato al Regolamento	Rev. 1
	M.FOR-02	Data emissione 10/06/2019	Pagina 1 di 1

Alla C. A.

(Nome/Cognome) Elisa Checcucci

Indirizzo UOC Ortopedia

Oggetto: Incarico di docenza

Dott.ssa Elisa Checcucci

con la presente chiedo alla S.V. la disponibilità a partecipare all'evento formativo seguente:

TITOLO European network for Rare adult solid Cancer: un progetto di collaborazione internazionale tra centri di eccellenza basato sulla interdisciplinarietà

Previsto presso IFO il 19/12/19

Organizzato da IFO.

L'evento formativo è accreditato ECM.

Per il Suo intervento, della durata di 2 ore/minuti (cancellare quello che non è appropriato), è previsto un compenso di € 850 (oppure di € ___ omnicomprensivi).

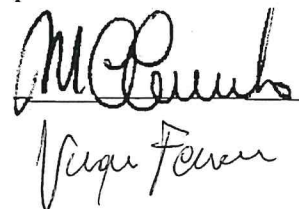
Il Suo contributo didattico è necessario per poter sviluppare, la conoscenza delle basi per l'alimentazione del database con finalità cliniche e di ricerca; esso pertanto diventa essenziale per l'impatto atteso della formazione.


Nel ringraziarLa, si allega il modulo di accettazione da rinviare per attivare i successivi procedimenti.

In attesa di poterLa incontrare, Le porgo cordiali saluti.

Data 31/10/19

Firma del Responsabile Scientifico dell'evento



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

Al Responsabile della UO Formazione

La sottoscritta ELISA CHECCUCCI

Nato a FIRENZE il 10/03/1980 Codice Fiscale CHCLSE80C50D612U

Residente a ROMA Viale INDRO MONTANELLI N. 20

Cap 00168 tel. n. 06/52666894 cell. n. 392-3933118 e-mail elisa.checcucci@ifogov.it

Iscritto Albo Ordine N. Iscrizione _____ Provincia _____

V titolare di Partita IVA individuale (persona fisica) ELISA CHECCUCCI

Persona Giuridica denominazione _____

Sede Legale VIALE INDRO MONTANELLI N. 20 CAP. 00168 ROMA

Partita IVA 15114661000

DICHIARA di accettare l'incarico didattico per:

Corso European network for Rare adult solid Cancer: un progetto di collaborazione internazionale tra centri di eccellenza basato sulla interdisciplinarietà.

Durata 01 ora Periodo 19/12/2019

Rinuncia al compenso previsto

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: _____
(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)

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.

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

Allega:

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

Luogo e data _____ Firma 