

## UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

**Il dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano  
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015  
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

**N. 693 del 03/08/2020**

**OGGETTO: Rimborso spese di viaggio sostenute dal Dr. Marco Ravaioli relative alla partecipazione in qualità di docente al corso: "Professioni di aiuto: competenze e metodi di gestione delle situazioni complesse" codice Age.n.a.s. 1270-297662 svoltosi in data 30/06/2020**

Esercizi/o 2020 - conto 502020302    Centri/o di costo .

- **Importo presente Atto: € 123,50**

- **Importo esercizio corrente: € 123,50**

Budget

- **Assegnato: € 300.000,00**

- **Utilizzato: € 66.539,71**

- **Residuo: € 233.336,79**

**Autorizzazione n°: 2020/93949.1587**

Servizio Risorse Economiche: **Antonella Francella**

UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano    Proposta n° DT-712-2020

**L'estensore**

**Marta Barbagallo**

**Il Responsabile del Procedimento**

**Tiziana Lavalle**

**Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e  
del Capitale Umano**

**Tiziana Lavalle**

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

- ricevuta alloggio
- modifica data evento
- lettera di incarico
- coordinate bancarie

***Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano***

- 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 Direttiva del 13 dicembre 2001, con la quale il Dipartimento della Funzione Pubblica fornisce indirizzi sulle politiche di formazione del personale, per migliorare la qualità dei processi formativi e per responsabilizzare i dirigenti delle amministrazioni pubbliche sulla necessità di valorizzare le risorse umane e le risorse finanziarie destinate alla formazione;
- VISTA                      la delibera n. 917 del 18/10/2019 di Attivazione della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano in attuazione del nuovo Atto Aziendale;
- PREMESSO                che in data 30/06/2020 si è svolta la I° edizione del corso: “Professioni di aiuto: competenze e metodi di gestione delle situazioni complesse”, accreditato Age.na.s. con codice 1270-297662;
- CONSIDERATO            che il Responsabile Scientifico dell’evento Dr.ssa Tiziana Lavalle, con nota prot. 2280 del 14/02/2020, ha individuato quale relatore il Dr. Marco Ravaioli;
- CONSIDERATO            che, per l’intervento didattico del Dr. Marco Ravaioli, della durata di 8 ore è stato previsto un compenso di € 800,00 per la giornata formativa, alle quali possono essere aggiunte fino ad un massimo di € 300,00/die per il rimborso spese;

- VISTA la documentazione sottoscritta dal Dr. Marco Ravaioli inerente l'accettazione di incarico didattico e la dichiarazione sul conflitto di interessi;
- ACCERTATO da parte della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano il regolare svolgimento della docenza da parte del Dr. Marco Ravaioli, nonché, visionati i giustificativi di spesa riferiti ai costi di viaggio dallo stesso sostenuti, per un importo complessivo di € 123,50;
- RITENUTO pertanto opportuno di:
- Procedere al rimborso della somma di € 123,50 in favore del Dr. Marco Ravaioli in ragione delle spese di viaggio sostenute circa la partecipazione in qualità di docente al corso dal titolo "Professioni di aiuto: competenze e metodi di gestione delle situazioni complesse" codice accreditamento AGENAS 1270-297662;
  - far gravare la relativa spesa di € 123,50 sul conto n.502020302 bilancio 2020;
- 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

- di procedere al rimborso della somma di € 123,50 in favore del Dr. Marco Ravaioli in ragione delle spese di viaggio sostenute circa la partecipazione in qualità di docente al corso dal titolo "Professioni di

aiuto: competenze e metodi di gestione delle situazioni complesse”  
codice accreditamento AGENAS 1270-297662;

- far gravare la relativa spesa di € 123,50 sul conto n.502020302  
bilancio 2020;

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

La UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

**Tiziana Lavalle**

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

	<b>SCHEDA ANAGRAFICA RELATORI E MODALITÀ DI PAGAMENTO</b>	Allegato al Regolamento	Rev. 3
		UO Formazione	M.FOR-24

**Il/La sottoscritto/a**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso</b>
Ravaioli	Marco	

<b>Data di nascita</b>	<b>Comune di nascita</b>	<b>Prov.</b>

<b>Codice Fiscale</b> RVLMRC72P06D704R

<b>Codice di identificazione fiscale estero/TAX personal Code/ID</b>

<b>P.IVA/ Partita Iva</b> IT

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

<b>Professione</b> Psicologo
Disciplina

<b>Residenza</b>				
<b>Via</b>	<b>N.</b>	<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>	<b>Cap</b>
Saffi	58	Fornelle M. Poggio	FC	47054

	<b>SCHEDA ANAGRAFICA RELATORI E MODALITÀ DI PAGAMENTO</b>		Allegato al Regolamento	Rev. 3
	UO Formazione	M.FOR-24	20/05/2019	Pagina 3/5

**Domicilio se diverso dalla residenza**

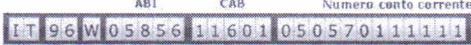
Via	N.	Comune	Prov.	Cap
\$R_CONTACT_OTHERSTREET\$		\$R_CONTACT_OTHERCITY\$	\$R_CONTACT_OTHERSTATE\$	\$R_CONTACT_OTHERZIP\$

**Recapito (da compilarsi solo se diverso dai precedenti indirizzi)**

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail	Telefono	Fax	Cellulare
marco.ravaioli44@gmail.com		\$R_CONTACT_FAX\$	

**Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:**

<input type="checkbox"/> Versamento su c/c con le seguenti coordinate <b>IBAN</b> (27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio a lato) IT		ABI CAB Numero conto corrente 			
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
IT	19	D	06230	67790	000056850263

**Rinuncia al pagamento del compenso**

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

Data 26-06-2020	Firma
--------------------	-------

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

	<b>SCHEDA ANAGRAFICA RELATORI E MODALITÀ DI PAGAMENTO</b>		Allegato al Regolamento	Rev. 3
	UO Formazione	M.FOR-24	20/05/2019	Pagina 3/5

**Domicilio se diverso dalla residenza**

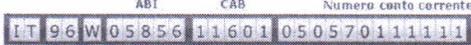
Via	N.	Comune	Prov.	Cap
\$R_CONTACT_OTHERSTREET\$		\$R_CONTACT_OTHERCITY\$	\$R_CONTACT_OTHERSTATES\$	\$R_CONTACT_OTHERZIP\$

**Recapito (da compilarsi solo se diverso dai precedenti indirizzi)**

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail	Telefono	Fax	Cellulare
marco.ravaioli44@gmail.com		\$R_CONTACT_FAX\$	

**Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:**

<input type="checkbox"/> Versamento su c/c con le seguenti coordinate <b>IBAN</b> (27 caratteri numerici o alfabeticici, senza barre o virgole, come da esempio a lato) IT		<small>ABI CAB Numero conto corrente</small> 			
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
IT	19	D	06230	67790	000056850263

**Rinuncia al pagamento del compenso**

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

Data 26-06-2020	Firma
--------------------	-------

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

	<b>SCHEDA ANAGRAFICA RELATORI E MODALITÀ DI PAGAMENTO</b>	Allegato al Regolamento	Rev. 3
UO Formazione	M.FOR-24	20/05/2019	Pagina 4/5

## 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 26-06-2020	Firma 
--------------------	---

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

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

D1	<b>Che, alla data odierna, i compensi percepiti derivanti da attività occasionali:</b>	
	<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>16.4.94</u> presso <u>MINISTERO INTERNO</u> sede Legale _____
	<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 <u>R U K M</u>	
<input type="checkbox"/> Di essere dipendente privato a tempo indeterminato dal _____ <input type="checkbox"/> Di essere dipendente privato a tempo determinato dal _____ al _____	

	<b>SCHEDA ANAGRAFICA RELATORI E MODALITÀ DI PAGAMENTO</b>	Allegato al Regolamento	Rev. 3
	UO Formazione	M.FOR-24	20/05/2019 Pagina 5/5

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

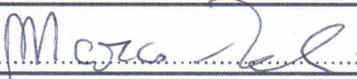
D4	<input type="checkbox"/> Di essere iscritto/a alla Cassa Previdenziale di Categoria denominata: _____
----	---

D5	<input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> NO
----	---

D7	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Non superiori ad euro 100.324,00	<input type="checkbox"/> Superiori ad euro 100.324,00

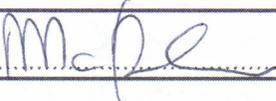
**Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.**

Data 26-06-2020	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 26-06-2020	Firma 
--------------------	---

 UO Formazione	<b>Incarico di docenza per eventi formativi a docenti esterni</b>	Allegato al Regolamento	Rev. 1
	M.FOR-02	Data emissione 10/06/2019	Pagina 1 di 14

Alla C. A.

Dr.Marco Ravaioli

Oggetto: Incarico di docenza

Gent.mo Dr.Marco Ravaioli

con la presente chiedo alla S.V. la disponibilità a partecipare all'evento formativo seguente: Professioni di aiuto: competenze e metodi di gestione delle situazioni complesse

Previsto presso il Centro di Formazione Raffaele Bastianelli il **22/04/20 h. 08.30 - 17.30**  
 Organizzato da IFO.

L'evento formativo è accreditato ECM

Per il Suo intervento, della durata di 8 ore è previsto un compenso di € 800.00€ per la giornata formativa a cui aggiungere il rimborso delle spese che sosterrà

Il Suo contributo didattico è necessario per poter sviluppare ostruzione di nuove competenze e nuove abilità per rafforzare identità e abilità delle professioni d'aiuto, 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 14/2/2020

Firma del Responsabile Scientifico dell'evento

*firmare bene*



*UOC Sviluppo Organizzativo  
e del Capitale Umano*

Alla C. A.

Dott. Marco Ravaioli

S U A S E D E

E p.c.

Dott.ssa Antonia Tramontana  
antonia.tramontana@ifo.gov.it

Oggetto: modifica data incarico docenza

Gent.mo Dr. Marco Ravaioli,

Le re-invio l'incarico di docenza per l'evento "Professioni di aiuto: competenze e metodi di gestione delle situazioni complesse" così come precedentemente concordato e sospeso per l'emergenza COVID-19.

Come concordato per le vie brevi, l'evento formativo si svolgerà il 30 giugno 2020 dalle ore 9 alle ore 18 presso l'Aula A del Centro di Formazione Raffaele Bastianelli dell'IFO.

Il riferimento per ogni necessità è la Dott.ssa Tramontana, che legge per conoscenza.

In attesa di averLa presente in Istituto, si porgono cordiali saluti.

Tiziana Lavallo

## FORNITORE

Mida S.r.l.s.

P.IVA: IT13044301003

C.F.: 13044301003

Via Enrico Giachino, 35

00144 - Roma (RM) - IT

midasrls2014@gmail.com

## CLIENTE

MARCO RAVAIOLI

C.F.: RVLNRC72P06D704R

VIA SAFFI 58

47034 - Forlimpopoli (FC) - IT

## PRODOTTI E SERVIZI

NR	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO	SC/MG	IMPORTO	IVA	NATURA IVA
1	AFFITTO APPARTAMENTO 110 PER LA NOTTE DEL 20/06/2020	1	109,09 €	-	109,09 €	10 %	-
2	TASSA DI SOGGIORNO PER UNA PERSONA	1	3,50 €	-	3,50 €	0 %	N4

## METODO DI PAGAMENTO

NR RATA	METODO	PAGAMENTO	BANCA	IBAN	BIC/SWIFT	DATA SCADENZA	IMPORTO
1	MP08 - Carta di pagamento	Pagamento completo				24/07/2020	123,50 €

## REGIME FISCALE

- REGIME FISCALE  
RF01 - Ordinario

## RIEPILOGO IVA

IVA	NATURA	NORMATIVA	ESIGIBILITA'	IMPONIBILE	IMPOSTA
10%				109,09 €	10,91 €
0%	N4	TASSA SOGGIORNO		3,50 €	0,00 €

## CALCOLO FATTURA

Importo prodotti o servizi	112,59 €
Totale imponibile	109,09 €
Totale esente IVA (N4)	3,50 €
Totale IVA	10,91 €
<b>Totale documento</b>	<b>123,50 €</b>

**Netto a pagare 123,50 €**