

**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. 629 del 28/06/2022**

**OGGETTO: COMPENSO SPETTANTE ALLA DR.SSA E. C. (CHCLSE80C50D612U) IN RA-  
GIONE DELL'INCARICO DOCENZA AFFIDATOGLI INERENTE AL CORSO ECM DAL  
TITOLO "TUMORI RARI E NETWORKING: LE BASI PER L'APPLICAZIONE DELLE  
EVIDENZE CLINICHE. FOCUS ON: SARCOMI E TUMORI CEREBRALI." CODICE DI  
ACCREDITAMENTO AGE.NA.S. 1270-338462 EDIZIONE 1 SVOLTOSI IN DATA 02/12/2021.  
CIG:Z6236CBEE3**

Esercizi/o 2022 - 502020302    Centri/o di costo -

- **Importo presente Atto: € 50,00**

- **Importo esercizio corrente: € 50,00**

Budget

- **Assegnato: € -**

- **Utilizzato: € -**

- **Residuo: € -**

**Autorizzazione n°: 2022/144508.1648**

Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**

UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano    Proposta n° DT-597-2022

**L'estensore**

**Massimo Bisozzi**

**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:

- Accettazione incarico
- Affidamento incarico

***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;
- Visto                                    l’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21/01/2021 e n. 380 del 25.03.2021, approvate dalla Direzione Salute ed Integrazione Socio-sanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30.03.2021;
- Premesso                              che nella giornata del 02/12/2021 si è svolto l’evento, programmato nel piano formativo aziendale (PFA 2021), proposto dai Responsabili Scientifici dr.ssa Maria Cecilia Cercato e dr.ssa Virginia Ferraresi, avente come titolo “Tumori rari e networking: le basi per l'applicazione delle evidenze cliniche. Focus on: sarcomi e tumori cerebrali.” codice di accreditamento Age.n.a.s. 1270-338462 edizione 1;
- Premesso                              che è stato affidato, dai Responsabili Scientifici dell’evento, l’incarico di docenza alla dr.ssa Elisa Checcucci (CHCLSE80C50D612U) per un intervento della durata di ore 1 di formazione per le quali è stato previsto un compenso di € 50,00;

- Considerato che la dr.ssa Elisa Checcucci accetta formalmente l'incarico didattico per il corso in questione;
- Accertato da parte dell'Ufficio Formazione il regolare svolgimento della docenza effettuata dalla dr.ssa Elisa Checcucci nella giornata e nell'orario programmato, come da allegato foglio firme relatori;
- Verificata la possibilità di far gravare la spesa di € 50,00 sul conto 502020302, esercizio 2022;
- Ritenuto pertanto opportuno di:
- Assumere l'impegno di spesa di € 50,00 quale somma da corrispondere alla dr.ssa Elisa Checcucci (CHCLSE80C50D612U) in ragione dell'incarico docenza affidatogli inerente al corso ECM dal titolo "Tumori rari e networking: le basi per l'applicazione delle evidenze cliniche. Focus on: sarcomi e tumori cerebrali." codice di accreditamento Age.n.a.s. 1270-338462 edizione 1 svoltosi in data 02/12/2021;
  - Far gravare relativa spesa di € 50,00 sul conto n.502020302 bilancio 2022 (CIG:Z6236CBEE3);
- 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 20/94 e successive modifiche, nonché alla stretta dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

### **Determina**

Per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- Assumere l'impegno di spesa di € 50,00 quale somma da corrispondere alla dr.ssa Elisa Checcucci (CHCLSE80C50D612U) in ragione dell'incarico docenza affidatogli inerente al corso ECM dal titolo "Tumori rari e networking: le basi per l'applicazione delle evidenze cli-

niche. Focus on: sarcomi e tumori cerebrali.” codice di accreditamento Age.na.s. 1270-338462 edizione 1 svoltosi in data 02/12/2021;

- Far gravare relativa spesa di € 50,00 sul conto n.502020302 bilancio 2022 (CIG:Z6236CBEE3);

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

**115-UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano**  
Settore Formazione**M-FOR 19 ACCETTAZIONE INCARICO DIDATTICO****Al Responsabile della UO Formazione**

Il sottoscritto Elisa Checcucci Nato a Firenze il 10/03/198 Codice Fiscale CHCLSE80C50D612U Residente a ROMA ViaLE Indro Montanelli n. 20 cap 00168 cell. n. 392-3933118

e-mail elisa.checcucci@ifo.gov.it

Iscritto  Albo  Ordine N. Iscrizione Provincia Cosenza

titolare di Partita IVA individuale (persona fisica) \_\_\_15114661000

Persona Giuridica denominazione \_\_\_\_\_

Sede Legale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**DICHIARA di accettare l'incarico didattico per:**

Durata ~~01/022~~ 01/022 Periodo 02/12/2021  
"TUMORI RANL..." li

 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: LAUREA

(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.

**Allega:**

- curriculum vitae et studiorum in formato europeo

- per i soli cittadini extracomunitari copia del permesso di soggiorno.

Luogo e data Roma 22/10/2021

Firma

*Elisa Checcucci*



**115-UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano**

Settore Formazione

**M-FOR 24 SCHEDA ANAGRAFICA RELATORI E MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso
Checucci	Elisa	F

Data di nascita	Comune di nascita	Prov
10/03/1980	Firenze	Fi

Codice Fiscale															
C	H	C	L	S	E	8	0	C	6	0	D	6	1	2	U

Codice di identificazione fiscale estero/TAX personal Code/ID															

P.IVA/ Partita Iva										
1	5	1	1	4	6	6	1	0	0	0

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

Professione
Study Coordinator

Residenza				
Via	N.	Comune	Prov.	Cap
Viale Indro Montanelli	20	Roma	RM	00168

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
elisa.checcucci@ifogov.it			392-3933118

**115-UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano**

Settore Formazione

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

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"> <tr> <td colspan="3">ABI</td> <td colspan="3">CAB</td> <td colspan="4">Numero conto corrente</td> </tr> <tr> <td>I</td><td>T</td><td>96</td><td>W</td><td>0</td><td>5</td><td>8</td><td>5</td><td>6</td><td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>5</td><td>0</td><td>5</td><td>7</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>										ABI			CAB			Numero conto corrente				I	T	96	W	0	5	8	5	6	1	1	6	0	1	0	5	0	5	7	0	1	1	1	1	1	1	1	1
ABI			CAB			Numero conto corrente																																																			
I	T	96	W	0	5	8	5	6	1	1	6	0	1	0	5	0	5	7	0	1	1	1	1	1	1	1	1																														
CODICE PAESE		CIN IBAN		CIN	ABI					CAB			NUMERO DI CONTO CORRENTE																																												
I	T	5	9	I	0	8	3	2	7	0	3	2	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	9																											

**Rinuncia al pagamento del compenso**

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

Data 22/10/2021	Firma <i>Elina Accetti</i>
--------------------	-------------------------------

**\* 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 22/10/2021	Firma <i>Elina Accetti</i>
--------------------	-------------------------------

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

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

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

**115-UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano**

*Settore Formazione*

**D2**  Di essere dipendente pubblico a tempo indeterminato

Di essere dipendente pubblico a tempo determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Di allegare se necessario l'autorizzazione richiesta o la comunicazione effettuata all'Ente di appartenenza:

Codice Fiscale Ente 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Di essere dipendente privato a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_

Di essere dipendente privato a tempo determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**D3**  Di essere titolare di pensione diretta

Di essere titolare di pensione indiretta o reversibilità

**D4**  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:

Superiore ad euro 240.000  Non superiore ad euro 240.000

**D6**  Di essere iscritto/a alla Gestione Separata INPS:  SI'  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)

Non superiori ad euro 100.324,00  Superiori ad euro 100.324,00

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

Data 22/10/2021	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 22/10/2021	Firma 
--------------------	-----------



**115-UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano**  
**Settore Formazione**

**M-FOR-11 AUTOCERTIFICAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI DI MODERATORI, RELATORI,  
FORMATORI, TUTOR, DOCENTI.**

Il sottoscritto Elisa Checcucci

in qualità di  moderatore  relatore  formatore  tutor  docente;

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile  
2012, per conto del Provider IFO

DICHIARO

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti, anche di finanziamento, con soggetti  
portatori di interessi commerciali in campo sanitario:


nessun rapporto da dichiarare

Dichiaro inoltre, ai sensi delle norme vigenti,

- che non vi saranno pubblicità nei confronti dei prodotti nel portfolio dello sponsor e che sono consapevole che questa accettazione limita per due anni la mia presenza in comitati tecnici e commissioni gara per la categoria merceologica in cui insiste lo sponsor.
- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data 22/10/2021. 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 1

Alla C. A.

Elisa Checcucci

Indirizzo: Via Elio Chianesi n. 53 Roma

**Oggetto: Incarico di docenza**

Gent.mo Sig.ra Elisa Checcucci

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

**TITOLO Tumori Rari e networking: le basi per l'applicazione delle evidenze cliniche. Focus on: sarcomi e tumori cerebrali.**

**II Edizione**

Previsto presso IFO - IRE            02/12/2021

Organizzato da IFO -IRE

L'evento formativo è accreditato ECM .

Il Suo contributo didattico è necessario per poter sviluppare varie conoscenze, pertanto diventa essenziale per l'impatto atteso della formazione.

I suoi dati personali saranno conservati nel sistema gestionale della formazione (Educa/Sailfor) e saranno visibili solo agli operatori del Servizio Formazione, in ottemperanza al GDPR 679/2016

Nel ringraziarLa, si allega il modulo di accettazione da rinviare al Servizio Formazione ([ufficioformazione@ifo.gov.it](mailto:ufficioformazione@ifo.gov.it)) per attivare i successivi procedimenti.

In attesa di poterLa incontrare, Le porgo cordiali saluti.

Data 25/10/2021

Firma del Responsabile Scientifico dell'evento

