



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

Deliberazione n°

189/c

- 8 FEB 2016

adottata dal Commissario Straordinario in data _____

**Oggetto: Corso di formazione “Corso teorico-pratico di riabilitazione linfologica”.
Liquidazione competenze docenti e tutor.**

Su proposta del Dirigente Responsabile dell'Ufficio Formazione e Qualità, il quale:

- Premesso** che l'Azienda, con deliberazione n° 1461/C del 24/09/2015, ha attivato due edizioni del corso dal titolo “Corso teorico-pratico di riabilitazione linfologica”;
- Dato atto** -che l'Azienda con la medesima deliberazione n° 1461/C/2015 ha nominato come docenti esterni il dr. Pierluigi Zolesio, la sig.ra Elisabetta Pirlo e la sig.ra Adriana Gaggero;
-che l'Azienda ha affidato l'incarico di tutoraggio della prima edizione al sig. Roberto Gibillini, e della seconda edizione alla sig.ra Elena Caria, dipendenti regolarmente iscritti all'albo aziendale dei tutor;
- Rilevato** che si sono regolarmente svolte due edizioni del corso sopra indicato;
- Acquisita** -la ricevuta fiscale n° 1/2015 dall'importo lordo di € 5.256,88 del dr. Pierluigi Zolesio quale corrispettivo e rimborso spese per l'attività di docenza svolta nel corso in oggetto, che si allega;
-la ricevuta fiscale n° 1/2015 dall'importo lordo di € 2.343,50 della sig.ra Elisabetta Pirlo quale corrispettivo e rimborso spese per l'attività di docenza svolta nel corso in oggetto, che si allega;
-la ricevuta fiscale n° 1/2015 dall'importo lordo di € 2.343,50 della sig.ra Adriana Gaggero quale corrispettivo e rimborso spese per l'attività di docenza svolta nel corso in oggetto, che si allega;
- Ritenuto** di dovere liquidare le sopra citate ricevute fiscali a titolo di corrispettivo e rimborso spese per l'attività di docenza svolta nel corso di cui alla deliberazione n° 1461/C/2015;
- Ritenuto** di dovere liquidare al sig. Roberto Gibillini e alla sig.ra Elena Caria l'importo lordo di € 393,75 cadauno, in base alle regolari prestazioni professionali di tutoraggio rese nello svolgimento del corso in oggetto;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Preso atto dell'istruttoria svolta dal Responsabile dell'Ufficio Formazione e Qualità;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

Sentiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per i motivi esposti in premessa:

1. di liquidare la ricevuta fiscale n° 1/2015 dall'importo lordo di € 5.256,88 a favore del dr. Pierluigi Zolesio quale corrispettivo e rimborso spese per l'attività di docenza svolta nel corso dal titolo "Corso teorico-pratico di riabilitazione linfologica" di cui alla deliberazione n° 1461/C/2015;
2. di liquidare la ricevuta fiscale n° 1/2015 dall'importo lordo di € 2.343,50 a favore della sig.ra Elisabetta Pirlo quale corrispettivo e rimborso spese per l'attività di docenza svolta nel corso dal titolo "Corso teorico-pratico di riabilitazione linfologica" di cui alla deliberazione n° 1461/C/2015;
3. di liquidare la ricevuta fiscale n° 1/2015 dall'importo lordo di € 2.343,50 a favore della sig.ra Adriana Gaggero quale corrispettivo e rimborso spese per l'attività di docenza svolta nel corso dal titolo "Corso teorico-pratico di riabilitazione linfologica" di cui alla deliberazione n° 1461/C/2015;
4. di demandare al Servizio Bilancio il pagamento delle ricevute fiscali sopra indicate, tramite ordinativo bancario tratto sul tesoriere aziendale;
5. di liquidare a favore dei tutor sig. Roberto Gibillini e sig.ra Elena Caria l'importo lordo di € 393,75 cadauno, quale compenso per le funzioni di tutoraggio svolte nel corso in argomento, e di demandare al Servizio Personale il relativo pagamento;
6. di imputare il costo di € 9.943,88 sul codice n° A506030201 (Compensi ai docenti, tutor e segretari (esterni)), il costo di € 787,50 sul codice n° A510010501 (compensi ai docenti, tutor e segretari (interni));
7. di imputare la spesa complessiva di € 10.731,38 sul codice 10521102 (Recupero Riabilitazione funzionale P.O. CTO) del piano dei centri di rilevazione aziendale.

Il Commissario Straordinario
Dott. Antonio Onnis

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Maria Fanni Pittau

Resp. Ufficio Formazione e Qualità
Dott.ssa Antonella Lucia Serra



Il Direttore Sanitario
Dott. Silvio Maggetti



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 182/C del - 8 FEB 2016

è stata pubblicata

nell'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7

a partire dal 10 FEB 2016

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione

Archivio deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it



Servizio Affari Generali

[Handwritten signature]



Spett.le
Azienda Sanitaria n° 7
Via Dalmazia, 83
09013 Carbonia
C.F. e P. IVA 02261310920

Ricevuta fiscale n° UNO del 02/12/2015

Il sottoscritto Zoesio Pierluigi nato a [REDACTED] il [REDACTED], codice fiscale [REDACTED] residente a [REDACTED] in via [REDACTED] a saldo totale dell'attività di docenza svolta nel corso di formazione "CORSO TEORICO PRATICO DI RIABILITAZIONE LINFOLOGICA" di cui alla deliberazione n° 1461/C del 24/9/2015, emette la seguente ricevuta fiscale.

Compenso lordo	€ <u>4880</u>
Rimborso spese	€ <u>376,88</u>
Totale lordo (=compenso + rimborso spese)	€ <u>5256,88</u>
Ritenuta d'acconto 20 % sul totale	€ <u>1051,38</u>
Da pagare netto (totale lordo - ritenuta d'acconto)	€ <u>4205,50</u>

Il sottoscritto, ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000, 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, sotto la propria personale responsabilità, dichiara:

- 1) che la prestazione è meramente occasionale ai sensi dell'art. 2222 e ss. del codice civile;
- 2) che la prestazione rientra nelle previsioni dell'art. 67, lett. L) del DPR 917/86 ed è esclusa dal campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi dell'art. 5 del DPR 633/72;
- 3) di non essere soggetto a regime contributivo in quanto l'importo totale derivante da prestazioni occasionali percepito nell'anno solare in corso non è superiore a € 5.000.00. Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda l'avvenuto superamento di tale limite, onde adempiere agli obblighi contributivi.

Il pagamento dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario.

Coordinate bancarie

Intestatario del conto Zoesio Pierluigi - SABA MARIA

Codice IBAN [REDACTED]

AGENZIA [REDACTED]

Dott. Pierluigi Zoesio

CAGLIARI 02/12/2015



Spett.le
Azienda Sanitaria n° 7
Via Dalmazia, 83
09013 Carbonia
C.F. e P. IVA 02261310920

Ricevuta fiscale n° 1 del 2015

Il sottoscritto ^{PIRLO} ~~EUJABETTA~~, nato a ~~.....~~ il ~~.....~~, codice fiscale ~~.....~~ residente a ~~.....~~ in via ~~.....~~ a saldo totale dell'attività di docenza svolta nel corso di formazione "CORSO TEORICO PRATICO DI DIABILITAZIONE UNIFAMILIARE" di cui alla deliberazione n° 1461 del 24-09-2015, emette la seguente ricevuta fiscale.

Compenso lordo	€ <u>2.300</u>
Rimborso spese	€ <u>43,50</u>
Totale lordo (=compenso + rimborso spese)	€ <u>2.343,50</u>
Ritenuta d'acconto 20 % sul totale	€ <u>468,7</u>
Da pagare netto (totale lordo - ritenuta d'acconto)	€ <u>1874,8</u>

Il sottoscritto, ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000, 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, sotto la propria personale responsabilità, dichiara:

- 1) che la prestazione è meramente occasionale ai sensi dell'art. 2222 e ss. del codice civile;
- 2) che la prestazione rientra nelle previsioni dell'art. 67, lett. L) del DPR 917/86 ed è esclusa dal campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi dell'art. 5 del DPR 633/72;
- 3) di non essere soggetto a regime contributivo in quanto l'importo totale derivante da prestazioni occasionali percepito nell'anno solare in corso non è superiore a € 5.000,00. Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda l'avvenuto superamento di tale limite, onde adempiere agli obblighi contributivi.

Il pagamento dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario.

Coordinate bancarie

Intestatario del conto PIRLO EUJABETTA

Codice IBAN ~~.....~~

AGENZIA ~~.....~~

Dott. PIRLO EUJABETTA

24-09-2015



Spett.le
Azienda Sanitaria n° 7
Via Dalmazia, 83
09013 Carbonia
C.F. e P. IVA 02261310920

Ricevuta fiscale n° 1 del 2015

Il sottoscritto GAGGERO ADRIANA, nata a [REDACTED] il [REDACTED], codice fiscale [REDACTED] residente a [REDACTED] in via [REDACTED] a saldo totale dell'attività di docenza svolta nel corso di formazione "CORSO TEORICO-PRATICO DI ABILITAZIONE DELL'INFANZIA" di cui alla deliberazione n° 1461/C del 24/09/2015, emette la seguente ricevuta fiscale.

Compenso lordo	€ <u>2.300</u>
Rimborso spese	€ <u>43,50</u>
Totale lordo (=compenso + rimborso spese)	€ <u>2.343,50</u>
Ritenuta d'acconto 20 % sul totale	€ <u>468,7</u>
Da pagare netto (totale lordo – ritenuta d'acconto)	€ <u>1.874,8</u>

Il sottoscritto, ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000, 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, sotto la propria personale responsabilità, dichiara:

- 1) che la prestazione è meramente occasionale ai sensi dell'art. 2222 e ss. del codice civile;
- 2) che la prestazione rientra nelle previsioni dell'art. 67, lett. L) del DPR 917/86 ed è esclusa dal campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi dell'art. 5 del DPR 633/72;
- 3) di non essere soggetto a regime contributivo in quanto l'importo totale derivante da prestazioni occasionali percepito nell'anno solare in corso non è superiore a € 5.000,00. Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda l'avvenuto superamento di tale limite, onde adempiere agli obblighi contributivi.

Il pagamento dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario.

Coordinate bancarie

Intestatario del conto ADRIANA GAGGERO

Codice IBAN [REDACTED]

AGENZIA [REDACTED]

Dott. [firma]

22-12-2015