

Ill.mo Dott. /Dott.ssa.

.....
.....
.....
.....@.....

p.c. Dott./Dott.ssa
Responsabile Organizzativo
.....@auslromagna.it

Oggetto: conferimento incarico attività didattica/esecuzione e/o organizzazione del corso

Con riferimento alla realizzazione dell'iniziativa organizzata dall'Azienda USL della Romagna – ambito territoriale di:

Cesena Forlì Ravenna Rimini

Titolo “ _____ ” (BFA / FV);

Codice corso: _____

Data: _____

Sede: _____

Responsabile Corso: _____

- A seguito della valutazione dei requisiti professionali, scientifici e didattici di cui al curriculum vitae presentato e della dichiarazione relativa alla motivazione della scelta del docente presentata dalla Responsabile Organizzativo;
- Visto il preventivo ricevuto in data _____

Si comunica alla S.V. il conferimento dell'incarico per attività didattica all'evento formativo indicato sopra, con le seguenti indicazioni e modalità:

- **Periodo e durata:** _____ per n. _____ giorni / ore;
- **Compenso:** € _____ comprensivi di oneri fiscali e previdenziali, spese di trasferta ed eventuale materiale didattico relativo alla docenza.

Ogni eventuale variazione delle date concernenti l'effettuazione del corso di formazione dovrà essere oggetto di preventivo accordo fra le parti.

Si ricorda che trattasi di attività di formazione diretta a dipendenti della Pubblica Amministrazione, ai sensi di quanto disposto dal D.L.gs n. 165 del 30.3.2001, art. 53 – comma 6, lettera f-bis).

Il compenso verrà corrisposto al termine della prestazione subordinatamente alla presentazione di:

In caso di libero professionista, titolare di Partita IVA

- Fattura intestata e trasmessa a:
Ausl della Romagna – Via De Gasperi, 8 – 48121 Ravenna
Partita Iva e Codice 02483810392
Codice Univoco Ufficio ai fini dell'emissione della fattura elettronica 0L06J9
Riferimento Amministrativo FAG_____

Codice identificativo Corso _____

In caso di prestatore occasionale

- Documento fiscale (fattura / nota addebito) in regola con il bollo da 2 euro, intestata ad Ausl della Romagna, Via De Gasperi n. 8 – 48121 Ravenna - Partita Iva e Codice 02483810392 (si allega fac-simile nota). Si fa presente che in caso lei sia titolare di Partita Iva dovrà emettere fattura elettronica (vedi sopra).

Al fine di perfezionare il presente incarico si chiede di prendere visione delle condizioni riportate di seguito e di restituire la presente lettera firmata per accettazione.

Il professionista incaricato è tenuto a:

- 1) acconsentire ed autorizzare l'uso dell'abstract dell'intervento e/o relazione e delle eventuali riprese audio e video, internet e fotografiche che potrebbero essere effettuate dall'Azienda USL per fini istituzionali;
- 2) autorizzare l'Azienda sanitaria, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2577 C.C., alla pubblicazione del suddetto materiale, anche ai fini di eventuali pubblicazioni di cui la predetta Azienda acquisisce ogni diritto di utilizzo;
- 3) liberare l'Azienda UsI della Romagna dalla responsabilità per rischi per responsabilità civile verso terzi ed eventuali infortuni relativamente all'utilizzo degli spazi messi a disposizione dall'Azienda stessa per le finalità di cui al presente incarico;
- 4) rispettare la riservatezza di tutti i dati e le informazioni di cui entrerà in possesso nello svolgimento dell'incarico con conseguente assoluto divieto alla loro divulgazione, salvo la comunicazione in ambito scientifico e previa specifica autorizzazione da parte dell'Azienda USL della Romagna;
- 5) attenersi a quanto previsto dal Codice di comportamento adottato dall'Azienda UsI della Romagna, disponibile sul sito <https://rr.auslromagna.it/altri-contenuti/cartelle/documenti-dei-servizi/formazione/tirocinanti-kit-studenti/90-codice-di-comportamento-della-azienda-usl-della-romagna/file>, tenendo presente che la violazione degli obblighi derivanti dal citato codice comporterà la risoluzione della collaborazione anche per gli effetti dell'art. 1 comma 5 del citato codice;
- 6) acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003 e di essere informato che gli stessi saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge;
- 7) dichiarare, inoltre, che non sussistono cause di incompatibilità per conflitto di interesse per l'esecuzione dell'incarico stesso, ai sensi dell'art. 48, comma 25, della L. 326/2003.

In relazione a quanto sopra, si chiede di restituire copia della presente lettera di incarico, sottoscritta per piena adesione ed accettazione delle indicazioni, modalità e condizioni riportate.

Cordiali saluti.

Dott. PierdomenicoLonzi

Allegati n. _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DIREZIONE SANITARIA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Modulo per lettera di incarico a

Professionisti esterni

Rev. 00
del 29/01/2019

MR PA 14_03

Pagina 3 di 3

Data e firma del docente per accettazione
