

ASST Papa Giovanni XXIII  
Nr. Protocollo Arrivo: 0011962/2024  
Data Protocollo: 19/02/2024



IPA: asstp A00: A15F7D4  
UOR: 002655982

All'ASST PAPA GIOVANNI XXIII  
SC Gestione e sviluppo delle risorse umane  
Piazza Oms, 1 - 24127 Bergamo

Email: protocollo@asst-pg23.it  
PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

143

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE**  
PER INCARICO EXTRAISTITUZIONALE  
(art.53 D.Lgs. n.165/2001)

Il/La sottoscritto/a Cisana Beatrice C.F. \_\_\_\_\_  
dipendente di questa Azienda in qualità di TNPEE matricola n. 12116  
 rapporto esclusivo  rapporto non esclusivo  
 tempo pieno  part-time % al \_\_\_\_\_  
in servizio c/o la Struttura Organizzativa SC NPIA  
e mail (per ogni comunicazione) \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico occasionale, non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda  
incarico di Operatore dell'acqua

(allegare la documentazione in possesso relativa all'incarico di cui trattasi)

RETRIBUITO

GRATUITO

SOLO RIMBORSO SPESE

- luogo e sede evento TREVIGLIO, centro Idrokin DA AUTORIZZAZIONE d/03/24
- periodo dell'incarico dal Febbraio 2024 al Giugno 2024
- totale numero ore 30 articolate su numero 30 giorni lavorativi Sabato
- compenso (anche presunto) di € 22€/ora

▪ che il Soggetto conferente è:

denominazione Centro IDROKIN -YGEA S.R.L.

C.F./P.IVA 02502530161

sede legale Viale XXIV maggio 11, Treviglio

natura giuridica  di diritto pubblico

di diritto privato

e mail (per ogni comunicazione) centroidrokin@ygea.it

Data. 14/02/2024

Firma del Dipendente Beatrice Cisana

16/11  
DW

## AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

II/La sottoscritto/a Cisana Beatrice

### DICHIARA

di aver preso visione del vigente regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi extraistituzionali e della normativa in esso richiamata.

- a) che l'attività oggetto dell'incarico relativo alla richiesta di cui sopra:
  - ha carattere temporaneo ed occasionale;
  - non rientra tra i compiti del servizio di assegnazione;
  - non arrecherà pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività istituzionale e che avverrà al di fuori dell'orario di lavoro senza utilizzo di beni, mezzi e attrezzature dell'Azienda;
  - non compromette il decoro e il prestigio dell'Azienda e non ne danneggia l'immagine;
  - non realizza interessi privati ulteriori (propri, di parenti, conviventi, amici, associazioni alle quali appartiene, categorie di professionisti, etc.) che possono essere percepiti come prevalenti e/o influenti.
- b) di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati<sup>(1)</sup> che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- c) che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- d) di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno dell'ASST e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;
- e) di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interessi, anche potenziale, nello svolgimento dell'incarico di che trattasi;
- f) di non essere stato incaricato dallo stesso committente per attività di medesima natura, per più di 3 volte nell'arco dell'anno solare;
- g) di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento e degli adempimenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data. 14/02/2024

Firma del Dipendente

*Beatrice Cisana*

<sup>(1)</sup>Perché sussista conflitto d'interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto d'interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipante di quote d'impresa, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore d'interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto d'interesse.

**PARERE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA di afferenza**  
*(da acquisire a cura del dipendente prima dell'inoltro alla SC Gestione e sviluppo delle risorse umane)*

Il Direttore/Responsabile, sulla base di quanto dichiarato dal dipendente interessato, valutata la documentazione e le attività/funzioni al medesimo attribuite

**ATTESTA CHE**

**NON SUSSISTE INCOMPATIBILITA'**  
 **SUSSISTE** \_\_\_\_\_  
*(indicare motivazione specifica)*

**NON SUSSISTE CONFLITTO D'INTERESSE (attuale, potenziale, apparente, diretto, indiretto)**  
 **SUSSISTE** \_\_\_\_\_  
*(indicare motivazione specifica)*

**ESPRIME PARERE**

**FAVOREVOLE**  
 **NEGATIVO** \_\_\_\_\_  
*(indicare motivazione specifica)*

Data 19 FEB. 2024 Il Direttore/Responsabile (timbro e firma) \_\_\_\_\_  
*[Firma]*  
**ASST PAPA GIOVANNI XXIII**  
Direttore aziendale professionisti sanitari e sociali

**VERIFICA DA PARTE DELLA SC GESTIONE ACQUISTI SE IL RICHIEDENTE HA INTRATTENUTO O AVUTO RUOLI NELLE PROCEDURE NEGOZIALI CON IL FORNITORE/COMMITTENTE NELL'ULTIMO BIENNIO**

**NON HA AVUTO RUOLI NELLE PROCEDURE NEGOZIALI**  
 **HA AVUTO RUOLI NELLE PROCEDURE NEGOZIALI**  
\_\_\_\_\_ *(indicare tipologia di ruolo)*

Data 28.02.24 Il Direttore (timbro e firma) \_\_\_\_\_  
**ASST PAPA GIOVANNI XXIII**  
dr. Enrico Garba  
Direttore Gestione Acquisti

**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO/SANITARIO/SOCIOSANITARIO**

Il Direttore G \_\_\_\_\_ vista la dichiarazione del dipendente interessato, il parere espresso dal Direttore/Responsabile e la documentazione allegata

**ESPRIME**

**PARERE FAVOREVOLE**  
 **PARERE NEGATIVO** \_\_\_\_\_  
*(indicare motivazione specifica)*

Data \_\_\_\_\_ Il Direttore (timbro e firma) \_\_\_\_\_  
*[Firma]*

Visto Direttore f.f. SC G.S.R.U.

Dr.ssa Alessandra Zanini

Data 01/03/2024 *[Firma]*

**IL DIRETTORE GENERALE**

**SULLA BASE DI QUANTO DICHIARATO DAL DIPENDENTE, DEI PARERI DEI DIRETTORI  
COMPETENTI E DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

**AUTORIZZA** allo svolgimento dell'incarico

**NON AUTORIZZA** con conseguente diniego allo svolgimento dell'incarico in quanto:

---

Bergamo, 01/03/2024 *(motivazione del diniego)*

Il Direttore Generale  
~~IL DIRETTORE GENERALE~~  
dott. Francesco Locati

*Autorizzazione Prot. n. 15262*  
*Data protocollo 04/03/2024*



