

**Classificazione :**

**Processo:** Supporto al Resp. di Struttura

**Macroattività:** Res. Attività Strumentali

**Attività:** Gestione de Personale

**Tipologia:** incarico provvisorio Medici RLP

**Fascicolo:** Corbisiero Antonio 2018

Nola, 04 Settembre 2018

**Dott. Corbisiero Antonio**

**Oggetto: Conferimento d'incarico provvisorio (art. 10, comma 13)**

In attesa della designazione da parte del Comitato Zonale dell'avente diritto al turno per prestazioni di **Ortopedia** di n. 14 ore settimanali, presso la Sede Inail di Nola, Le è conferito, ai sensi degli articoli 2230 e successivi del codice civile ed avuto riguardo a quanto disposto dall'art.10, comma 13, dell' "Accordo collettivo per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali"<sup>1</sup>, un incarico provvisorio per prestazioni della suddetta branca di n. **10 ore settimanali**, da osservarsi presso l'unità di cui sopra con le seguenti modalità:

martedì dalle ore 8,30 alle ore 13,30

giovedì dalle ore 8,30 alle ore 13,30

Detto incarico, avuto riguardo a quanto stabilito al citato comma 13 dell'art. 10 dell'"Accordo" sopra richiamato, avrà inizio il 4 Settembre 2018 e terminerà il 30 ottobre 2018.

Il presente incarico provvisorio cessa in ogni caso, anche prima della scadenza del termine, al momento della nomina del titolare, secondo le procedure di cui all'art. 10 del richiamato "Accordo".

Compatibilmente con la natura a termine del presente incarico, il relativo rapporto è disciplinato dalle norme del citato "Accordo", ed è attribuito subordinatamente all'accertamento del possesso dei prescritti requisiti sulla base della documentazione da Lei prodotta, e alla verifica dell'assenza di situazioni di incompatibilità di cui

<sup>1</sup> Verbale d'intesa del 15 maggio 2018, previa determinazione presidenziale n. 182/2018.

all'art. 2 dell'"Accordo" medesimo, della quale Lei dà atto, sotto la propria responsabilità, con l'apposita dichiarazione acclusa al presente conferimento d'incarico e che deve permanere per tutta la durata del rapporto.

Copia della presente lettera di incarico dovrà essere restituita all'INAIL con in calce la seguente dichiarazione autografa:

"Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare il turno sopra indicato alle condizioni enunciate nella presente lettera di incarico ed a tutte le altre contenute nel citato "Accordo" nel testo recepito dall'Inail e successive modificazioni ed integrazioni, condizioni delle quali dà atto di aver preso completa conoscenza".

Per accettazione

LO SPECIALISTA

Dott. Antonio Corbisiero

Nola, li 04/09/2018

IL DIRIGENTE

dott. [firma]

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)" - GDPR, in vigore dal 24 maggio 2016 e applicabile a decorrere dal 25 maggio 2018.

IL SOTTOSCRITTO DOTT. ANTONIO CORBISIERO DICHIARA DI AVER PRESO  
IL TURNO SOPRA INDICATO ALLE CONDIZIONI ENUNCIATE NELLA  
PRESENTI LETTERA DI INCARICO ED A TUTTE LE ALTRE CONTENUTE  
NEL CITATO "ACCORDO" NEL TESTO RECEPITO DELL'INAIL E SUCCESSIVE  
MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI, CONDIZIONI DELLE QUALI DÀ ATTO  
DI AVER PRESO COMPLETA CONOSCENZA

DICHIARAZIONE PER AFFIDAMENTO INCARICO DI  
CONSULENZA/COLLABORAZIONE PRESSO INAIL CON  
COMUNICAZIONE DATI DA PUBBLICARE AI SENSI DELL'ART. 15,  
CO. 1, LETT. C) DEL D.LGS. N. 33/2013

Il/La sottoscritto/a Antonio CORRADI

Partita IVA / Codice Fiscale 00000000000

Visto l'art. 53 del D.lgs. 165 del 2001 e successive modifiche;  
Vista la Legge 6 novembre 2012, n. 190, in particolare l'articolo 1, commi 15 e segg.;  
Visto il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, in particolare l'articolo 15;  
Visto il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in particolare l'art. 1, co. 2;  
Visto il Codice di Comportamento INAIL - in particolare, l'art. 3, co. 2 - approvato con  
determinazione del Presidente n. 15 del 21 gennaio 2015.

**DICHIARA**

- di accettare e rispettare le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento dell'Istituto, pubblicato sul portale web e che espressamente dichiara di aver integralmente visionato;
- in relazione a quanto previsto dall'art. 15, co. 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013, di **non** avere incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione ovvero svolgere presso gli stessi attività professionali, nel periodo di vigenza del rapporto con l'INAIL;  
 in relazione a quanto previsto dall'art. 15, co. 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013, di avere incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione ovvero svolgere presso gli stessi attività professionali,

nel periodo di vigenza del rapporto con l'INAIL, secondo quanto riportato nella tabella che segue:

Ente che ha conferito incarico/ carica/svolgimento attività professionale	Tipologia giuridica incarico/carica/ svolgimento attività professionale  (Rapporto T.D.; Co.co.co; Libero Professionale, ecc.)	Oggetto incarico/carica/ svolgimento attività professionale	Periodo incarico/carica/ svolgimento attività professionale	Compenso lordo annuo percepito per lo svolgimento dell'incarico/carica/ svolgimento attività professionale	Tipologia attività professionale svolta

- che non sussistono situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi con le attività che svolgerà presso l'INAIL;
- che comunicherà immediatamente all'INAIL eventuali situazioni di conflitto di interessi sopravvenute o di cui abbia successivamente notizia.

Autorizza, a tal fine, l'INAIL a trattare, ai sensi della L. n. 196/2003, nonché a pubblicare, ove previsto, i dati contenuti nella presente dichiarazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale.

La presente dichiarazione è resa ai sensi delle art 46 e seguenti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

NOVA, 4-8-18  
(luogo) (data)

Il dichiarante

(firma)                      (curare)

DIREZIONE TERRITORIALE  
NOLA

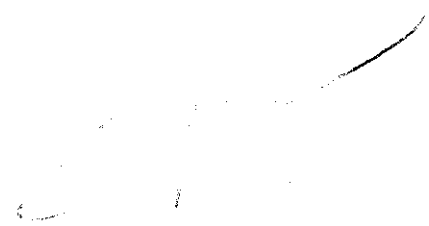
Sede di Nola

Nola, 4 Settembre 2018

## **ATTESTAZIONE DI AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

In relazione al rapporto di consulenza/collaborazione instaurato in data **04/09/2018** con il dott. **Corbisiero Antonio, n. a Nola, il 28/07/1979**, il sottoscritto **Attilio Orio**, in qualità di responsabile della Sede Inail Territoriale di Nola<sup>1</sup>, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, così come modificato dall'art. 1, comma 42, lett. h) ed i), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Legge Anticorruzione), attesta che, sulla base di quanto dichiarato dal consulente/collaboratore (*cf*r dichiarazione rilasciata al riguardo dall'interessato ai sensi delle art 46 e seguenti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000) sono insussistenti situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

**Il Dirigente della Sede**  
**Dott. Attilio Orio**



<sup>1</sup> Indicare la struttura che ha instaurato la collaborazione /consulenza

<sup>2</sup> Firma del dirigente responsabile