

REGIONE DEL VENETO



**AZIENDA
Z E R O**

Data 16/10/2019 | Protocollo n. 0020202

Class. /

| Allegati n. 2

Oggetto: Visita di verifica per l'accreditamento standard del Provider ECM ID 87 SIA FORM ITALIA SRL

Gentile dott.ssa

Dilva Drago

e-mail: dilva.drago@gmail.com

Con la presente si comunica che la S.V. è stata nominata all'interno del Team di valutazione per la visita di verifica che si svolgerà il giorno 29/10/2019 con la seguente programmazione: dalle ore 10:00, c/o SIA FORM ITALIA SRL, Via Vittorio della Vittoria, 27 (VERONA).

Si ricorda che, ai sensi della DGR n. 1538/2016, per la partecipazione alla suddetta visita è prevista la corresponsione di un compenso lordo giornaliero omnicomprendivo pari a € 200,00, comprensivo di ogni ritenuta od onere di legge.

Si invita cortesemente a restituire, debitamente compilata e sottoscritta, l'allegata "Dichiarazione dell'assenza specifica di conflitto di interessi per l'attività di verifica svolta all'interno del Team di valutazione" all'indirizzo e-mail: formazione.sviluppo@azero.veneto.it, entro 3 giorni dalla data della presente.

Entro 30 giorni dalla conclusione della visita dovrà essere inviata alla scrivente, al fine di procedere al relativo pagamento, la scheda informativa "terzi non dipendenti", relativa ai dati anagrafici e fiscali professionali o occasionali, debitamente compilata nelle sue parti. Tutta la documentazione dovrà pervenire al seguente indirizzo e-mail: formazione.sviluppo@azero.veneto.it.

Nel ringraziare per la collaborazione, si rimane a disposizione per ogni chiarimento si rendesse necessario e si porgono cordiali saluti.

Il Direttore

Dott. Achille Di Falco

Direzione Sanitaria
Dott.ssa Simona Bellometti
UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie
Direttore: Achille Di Falco
Referente istruttoria: Serena Lion
Tel. 0498778366
Mail: formazione.sviluppo@azero.veneto.it

prese visione

Dilva Drago

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie
Mail: formazione.sviluppo@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 049 8778364-8365-8264-8266-8125

Cod. Fisc. 05018720283

Codice Univoco Ufficio UF2ZJD

P.IVA 05018720283



Scheda Anagrafica terzi non dipendenti

Spett. le Azienda Zero
Passaggio Gaudenzio, 1
35131 Padova
Pec: protocollo.azero@pecveneto.it

Oggetto: invio dati anagrafici e fiscali per rapporti professionali

Il sottoscritto DILVA DRAGO
nato a THIENE il 25.04.1958
residente a THIENE via EUROPA n° 13
CAP 36016 Comune THIENE
domiciliato a THIENE via EUROPA 13
CAP 36016 Comune THIENE (VI)
Telefono 3479366736 cellulare _____
e-mail DILVA.DRAGO@GMAIL.COM
Posta Elettronica Certificata DRA.DI@PEC.IT
codice fiscale DRGDLV58A65L157L partita IVA 04126380247

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

Che il rapporto con Azienda Zero è inquadrabile come:

- attività di lavoro autonomo professionale – Possessori di P.IVA (**compilare la sezione n. 1**)
- attività di lavoro autonomo occasionale ai sensi dell'art. 67, co.1, lett. 1 del TUIR – es. Titolari di Pensione (**compilare la sezione n. 2**)
- redditi assimilati a lavoro dipendente ai sensi dell'art. 50, co. 1, lett. C-bis – Dipendenti di altri Enti Pubblici/Privati – es. Componenti Commissioni (**compilare la sezione n. 3**)



Scheda Anagrafica terzi non dipendenti

Sezione n. 1: Possessori di partita IVAIl/la sottoscritto/a DILVA DRAGO

DICHIARA

- di essere soggetto al regime fiscale di vantaggio per l'imprenditoria giovanile e lavoratori in mobilità (NUOVI MINIMI) ai sensi dell'art. 27 commi 1, 2 del DL n. 98/2011 (*se barrato si vada al riquadro Dichiarazione assoggettamento redditi percepiti ad imposta sostitutiva del 5%);
- di essere soggetto al regime forfetario agevolato ai sensi dell'art.1 comma 58 della L.190/2014 (**se barrato si vada al riquadro Dichiarazione assoggettamento redditi percepito ad imposta sostitutiva);
- di essere soggetto al regime fiscale ordinario ai fini imposte dirette ed indirette;

*** DICHIARAZIONE ASSOGGETTAMENTO REDDITI PERCEPITI AD IMPOSTA SOSTITUTIVA DEL 5%: ai sensi dell'art. 27, comma 1 e 2, del DL 98/2011 (convertito in Legge n. 111/2011) e delle indicazioni del Provvedimento Agenzia delle Entrate N. 185820 /2011 (nuovi minimi)**

Il sottoscritto/a _____ dichiara che il compenso da lui percepito è assoggettato ad imposta sostitutiva del 5% e pertanto richiede ad Azienda Zero, quale sostituto d'imposta, di non operare nessuna ritenuta d'acconto alla fonte.

Firma _____

**** DICHIARAZIONE ASSOGGETTAMENTO REDDITI PERCEPITI AD IMPOSTA SOSTITUTIVA: ai sensi dell'art. 1, comma 58, L 190/2014 (regime forfetario)**

Il sottoscritto/a DILVA DRAGO dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere soggetto che usufruisce del regime forfetario di determinazione del reddito previsto dall'art. 1 commi 54 e successivi della L. 190/2014; comunica che, ai sensi del comma 67, i compensi relativi al reddito oggetto del regime forfetario non sono assoggettati a ritenuta d'acconto da parte del sostituto d'imposta.

Firma DILVA DRAGODilva Drago



Scheda Anagrafica terzi non dipendenti

Sezione n. 2: Prestatori di lavoro autonomo occasionale

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere titolare di pensione

 di essere non essere iscritto ad altra forma previdenziale obbligatoria di essere iscritto alla Cassa Previdenziale della seguente categoria: _____ di essere iscritto al seguente Albo Professionale: _____; di essere non essere iscritto all'INPS – Gestione Separata;

N.B: l'iscrizione alla gestione separata è a cura del prestatore. Si ricorda che il prestatore è tenuto ad inserire nel proprio profilo on line del sito dell'INPS, il nome del committente presso cui ha prestato la propria attività. L'assenza di tale indicazione non permette l'allineamento dei versamenti effettuati dal committente.

Ai sensi della Circolare INPS n.103 del 6/7/2004

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA ALTRESÌ

di aver INCASSATO nel corso del presente anno solare (1 gennaio – 31 dicembre) e fino alla data odierna, compensi lordi per attività di lavoro autonomo occasionale pari ad euro _____ (indicare l'importo anche se zero).

Si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale superamento del limite di euro 5.000,00 al fine di permettere l'applicazione della ritenuta INPS e consentire ad Azienda Zero il versamento degli importi dovuti. In difetto solleva questa Azienda da oneri e responsabilità per l'omesso involontario versamento alla gestione separata INPS.



Scheda Anagrafica terzi non dipendenti

RICHIEDE

per l'erogazione del compenso spettante l'accredito presso il seguente

Conto Bancario Conto Corrente Postale

aperto presso FINECO BANK

filiale di _____ (Prov _____)

avente il seguente IBAN: IT38C0301503200000005707404

Nel confermare i dati sopra riportati **si impegna a comunicare tempestivamente le variazioni a quanto dichiarato** sollevando questa Amministrazione da eventuali responsabilità derivanti da omessa o intempestiva notifica, nonché da errata dichiarazione.

Luogo e data Thiene 20.10.019

Firma Dino Drago

Allegare fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità ed inviare il tutto via posta ordinaria / certificata all'indirizzo pec: protocollo.azero@pecveneto.it o consegnare brevi mano all'ufficio protocollo di Azienda Zero.

Informativa ex art. 13 Regolamento 2016/679/UE (GDPR)

Il trattamento dei dati personali raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza. Il Titolare del trattamento è Azienda Zero - Regione del Veneto, Passaggio Gaudenzio n. 1, 35131 Padova. Il Delegato al trattamento, ai sensi del Decreto commissariale n. 158/2018, è il dirigente della Unità Operativa Complessa Servizio Economico Finanziario, dr.ssa Michela Barbiero. Vengono a conoscenza dei dati le persone autorizzate al trattamento. Il responsabile privacy di Azienda Zero è il dirigente della Unità Operativa Complessa Affari Generali e Assicurativi, avv. Giacomo Vigato. Il *Data Protection Officer* (Responsabile della Protezione dei dati) è l'avv. Piergiovanni Cervato, con sede a Padova (049714975 – E-mail: rpd_ssveneto@cervato.it – PEC: piergiovanni.cervato@ordineavvocatipadova.it). L'utilizzo dei dati personali ha la finalità di ottemperare a quanto disposto dall'art. 3 della Legge n. 136 del 13.08.2010. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. La gestione dei dati è manuale e informatizzata. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato conferimento comporterà l'impossibilità di procedere all'effettuazione di pagamenti. Agli interessati competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento. Gli interessati hanno, altresì, il diritto di proporre, nei casi previsti, reclamo al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186 – ROMA, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Dichiarazione dell'assenza specifica di conflitto di interessi per l'attività di verifica svolta all'interno del Team di valutazione - DD.GG.RR. n. 1753/2014 e n.1247/2015 (ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Io sottoscritto/a.....DILVA DRAGO.....nato/a.....THIENE.....
il.....25.01.1958.....C.F. DRGDLV58A656157L.....

in qualità di:

- componente *referee* della Commissione Regionale ECM;
- componente dell'Osservatorio Regionale per la formazione continua;
- referente informatico per l'Educazione Continua in Medicina della Regione del Veneto;
- altro componente;

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci o contenente dati non rispondenti a verità, dichiaro di non avere interessi (1), diretti o indiretti, e di non aver avuto rapporti nell'ultimo biennio con il/i Provider.....ID. 87 S.I.A. FORM ITALIA SRL..... tali da pregiudicare la mia imparzialità e indipendenza nello svolgimento delle funzioni di valutazione che dovrò svolgere.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi del D.lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data20.10.09.....

In fede (2)

Dilva Drago

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il dichiarante abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza, diretta o indiretta, e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con imprese che abbiano interessi commerciali in sanità, e/o sia titolare o partecipante di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il dichiarante come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività.

(2) Firmare in modo leggibile per esteso e allegare copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.