



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Sede Legale: Via Renato Paolini, 45 - 65124 Pescara - P. IVA 01397530682 - www.asl.pe.it

AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

UOC DINAMICHE DEL PERSONALE

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N. 3274

DEL 16/09/2026

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO
QUINQUENNALE DI DIRETTORE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI MEDICINA LEGALE –
AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI – PER LE ESIGENZE DELLA UOC
MEDICINA LEGALE DELLA A.S.L. DI PESCARA. LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO
COMPENSI.

IL DIRETTORE AD INTERIM DELLA U.O.C. DINAMICHE DEL PERSONALE

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO QUINQUENNALE DI DIRETTORE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI MEDICINA LEGALE – AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI – PER LE ESIGENZE DELLA UOC MEDICINA LEGALE DELLA A.S.L. DI PESCARA. LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO COMPENSI.

Nella sede dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, il Dott. Giuseppe Barile, Direttore ad interim della U.O.C. Dinamiche del Personale, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 1396 del 15/09/2023, nell'esercizio delle funzioni ad esso delegate, ha adottato la seguente determinazione dirigenziale:

PREMESSO che:

- con deliberazione n. 1295 del 07/08/2024 è stato indetto avviso pubblico per l'attribuzione di un incarico quinquennale di Direttore Medico della U.O.C. "Medicina Legale" dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara;
- al relativo bando è stata data pubblicità in forma integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo nr. 168 del 20/09/2024 e, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana IV Serie Speciale Concorsi nr. 92 del 19/11/2024, nonché integralmente sul sito aziendale www.asl.pe.it sezione Concorsi - Bandi di Concorso e sul sito InPA, per 30 giorni consecutivi, con scadenza per la presentazione delle istanze di partecipazione al 19/12/2024;

FATTO PRESENTE che la Commissione Esaminatrice, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1213 del 15/09/2025, è così costituita:

Dr. Rossano DI LUZIO	Direttore Sanitario Aziendale A.S.L. di Pescara	Componente
Dr. Giovanni ALOISE	Direttore Medico della U.O.C. Medicina e Assistenza Protesica - Azienda Sanitaria Roma 2- Regione Lazio	Componente
Dr. Zeno DE BATTISTI	Direttore Medico della U.O.C. Medicina Legale - Azienda Sanitaria ASST Papa Giovanni XXIII DI BERGAMO- Regione Lombardia	Componente
Dr. Francesco ROMANAZZI	Direttore Medico della U.O.C. Medicina Legale – Azienda Sanitaria CN2- Regione Piemonte	Componente
Dott.ssa Annalisa DI GIOVANNI	Collaboratore Amministrativo Professionale U.O.C. Dinamiche del Personale della A.S.L. di Pescara	Segretario

ACCERTATO che il predetto avviso pubblico si è svolto nella giornata del 28/11/2025 e che, a conclusione delle operazioni, la Commissione ha dato mandato al Segretario di trasmettere gli atti relativi per i successivi provvedimenti di competenza;

VISTI:

- l'art. 5, punto 8) del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483 che stabilisce quanto segue: *"Ai componenti della commissione ed ai componenti del comitato di vigilanza spettano, nel corso delle singole operazioni concorsuali se e in quanto dovuti, il rimborso delle spese di viaggio ed il trattamento economico di trasferta"*;
- il D.P.C.M. 23 marzo 1995 che determina i compensi da corrispondere ai componenti delle Commissioni esaminatrici ed al personale addetto alla sorveglianza di tutti i tipi di concorso e selezioni indetti dalle pubbliche amministrazioni;

RILEVATO che lo stesso D.P.C.M., all'art. 1, punto 3) determina in euro 258,23 il compenso per i componenti delle Commissioni dei concorsi relativi ai profili professionali della settima qualifica funzionale o categorie equiparate e superiori;

RITENUTO di dover liquidare ai componenti il rimborso delle spese di viaggio e di pernottamento ai sensi dell'art. 5, punto 8) del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483;

VISTE le note, che si allegano al presente provvedimento, con le quali i Dottori Giovanni ALOISE, Zeno DE BATTISTI e Francesco ROMANAZZI hanno dichiarato di non avere superato nell'anno 2026 il tetto di 5.000,00 euro per prestazioni di lavoro occasionale;

TENUTO PRESENTE che anche il rimborso delle spese deve essere assoggettato alle ritenute di legge, come chiarito dalla risoluzione delle Agenzie delle Entrate del 21/03/2003 n. 69;

RITENUTO che gli adempimenti connessi all'accertamento delle modalità di partecipazione alle sedute della Commissione del 13/02/2026 da parte dei Componenti esterni non dipende da questa Azienda ma compete alle Aziende di rispettiva competenza;

RITENUTO di dover disporre la liquidazione del rimborso delle spese ai Componenti esterni Dottori Giovanni ALOISE, Zeno DE BATTISTI e Francesco ROMANAZZI come da giustificativi che si allegano:

Dr. Giovanni ALOISE, nato a [omissis] il [omissis], C.F.: [omissis]:

DESCRIZIONE	IMPORTI
costo benzina Rocca di Papa/Pescara A.R. – Km 450 A/R	155,25
costo autostrada San Cesareo/Pescara A.R.	38,20
Vitto 28/11/2025	46,00
TOTALE	239,45

Dr. Zeno DE BATTISTI, nato a [omissis] il [omissis], C.F.: [omissis]:

DESCRIZIONE	IMPORTI
biglietti treno Verona/Pescara A.R.	164,50
pernottamento 27/11/2025	89,30
pernottamento 28/11/2025	91,00
Vitto 27/11/2025	40,00
Vitto 28/11/2025	27,00
TOTALE	411,80

Dr. Francesco ROMANAZZI nato a [omissis] il [omissis], C.F.: [omissis]:

DESCRIZIONE	IMPORTI
costo benzina Alba/Pescara A.R.- Km 1.360 A/R	469,20
costo autostrada Alba/Pescara A.R.	105,38
pernottamento 27/11/2025	89,30
Vitto 27/11/2025	60,00
TOTALE	723,88

RITENUTO di dover procedere alla liquidazione dei compensi e rimborsi spesa spettanti ai componenti della Commissione Esaminatrice;

DATO ATTO di aver rilevato le voci di conto come da indicazione del Servizio Economico Finanziario;

IL DIRETTORE AD INTERIM

- Visto il D. Lgs. n. 502/92;
- Visto il D. Lgs. n. 165/01;
- Preso atto dell'attività istruttoria espletata dal responsabile del procedimento, Dott.ssa Monica Nardicchia, ai sensi dell'art. 5 della Legge 241/90;

DETERMINA

1. DI CORRISPONDERE al Dr. Giovanni ALOISE, Direttore Medico della U.O.C. Medicina e Assistenza Protesica - Azienda Sanitaria Roma 2- Regione Lazio, l'importo lordo di 497,68 euro (a titolo di compenso + rimborso spese), al netto della ritenuta d'acconto, mediante accredito bancario sul conto IBAN: [omissis];

2. DI CORRISPONDERE alla Dr. Zeno DE BATTISTI, Direttore Medico della U.O.C. Medicina Legale - Azienda Sanitaria ASST Papa Giovanni XXIII Regione Lombardia, l'importo lordo di 670,03 euro (a titolo di compenso + rimborso spese), al netto della ritenuta d'acconto, mediante accredito bancario sul conto IBAN: [omissis];
3. DI CORRISPONDERE al Dr. Francesco ROMANAZZI, Direttore Medico della U.O.C. Medicina Legale – Azienda Sanitaria CN2- Regione Piemonte, l'importo lordo di 982,11 euro (a titolo di compenso + rimborso spese), al netto della ritenuta d'acconto, mediante accredito bancario sul conto IBAN: [omissis];
4. DI DARE ATTO che sul compenso e sul rimborso delle spese spettanti al componente esterno Dr. Giovanni ALOISE deve essere versata la ritenuta d'acconto IRPEF al 20 %, pari ad un importo complessivo di 99,54 euro;
5. DI DARE ATTO che sul compenso e sul rimborso delle spese spettanti al componente esterno Dr. Zeno DE BATTISTI deve essere versata la ritenuta d'acconto IRPEF al 20 %, pari ad un importo complessivo di 134,01 euro;
6. DI DARE ATTO che sul compenso e sul rimborso delle spese spettanti al componente esterno Dr. Francesco ROMANAZZI deve essere versata la ritenuta d'acconto IRPEF al 20 %, pari ad un importo complessivo di 196,42 euro;
7. DI DARE ATTO che sui compensi e sul rimborso delle spese spettanti al componente esterno r. Giovanni ALOISE viene calcolata l'IRAP, nella misura del 8,50 %, pari ad un importo complessivo di 42,30 euro;
8. DI DARE ATTO che sui compensi e sul rimborso delle spese spettanti al componente esterno Dr. Zeno DE BATTISTI viene calcolata l'IRAP, nella misura del 8,50 %, pari ad un importo complessivo di 56,95 euro;
9. DI DARE ATTO che sui compensi e sul rimborso delle spese spettanti al componente esterno Dr. Francesco ROMANAZZI viene calcolata l'IRAP, nella misura del 8,50 %, pari ad un importo complessivo di 83,48 euro;
10. DI DARE ATTO che il costo complessivo per la A.S.L. di Pescara è pari ad euro 2.332,55 da imputare alla voce di conto 0709030105 in contabilità economico-patrimoniale anno 2026, come di seguito dettagliatamente indicato:
 - a. euro 2.149,82 a titolo di compenso lordo + spese componenti esterni Dottori Giovanni ALOISE, Zeno DE BATTISTI e Francesco ROMANAZZI;
 - b. euro 182,73 per IRAP componenti esterni Dottori Giovanni ALOISE, Zeno DE BATTISTI e Francesco ROMANAZZI;
11. DI INVIARE copia del presente atto alla U.O.C. Bilancio e Gestione Economica e Finanziaria ed alla U.O.C. Trattamento Economico del Personale Dipendente e Convenzionato per gli adempimenti di competenza;
12. DI DARE ATTO che, ai sensi della Legge Regionale n. 10/2022, decorsi i termini di pubblicazione di cui alla L. n. 69/2009 il presente provvedimento sarà soggetto a pubblicazione integrale.

AZIENDA SANITARIA LOCALE
P E S C A R A

Settore PERSONALE

OGGETTO: INDENNITÀ DI MISSIONE E RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO NEL PERIODO DECORRENTE DAL
_____ AL _____

Dr. Aloise Giovanni Qualifica: Direttore Medico U.O.C. Medicina Legale e Assistenza Protesica - Sede
ordinaria di servizio ASL Roma 2 - Località di abituale dimora in _____

AUTORIZZAZIONE PER USO DEL MEZZO PROPRIO

Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni di legge il/la Sig./Sig.ra ALOISE GIOVANNI
è autorizzato a far uso del mezzo proprio autovettura targata _____ nei seguenti
giorni: _____

DICHIARAZIONE DI ESONERO DI RESPONSABILITÀ PER GUIDA DI AUTOVETTURA PROPRIA

Il/La sottoscritto/a ALOISE GIOVANNI dichiara di esonerare la A.S.L. da ogni
eventuale responsabilità in ordine all'uso della propria autovettura targata _____

Dichiara, inoltre, che le missioni riportate nel presente prospetto sono state regolarmente eseguite
come sopra esposto.

li 28/11/2025

(firma)

ITINERARIO PERCORSO	PARTENZA		RITORNO		KM	MEZZO USATO (proprio, pubblico, ente)
	GIORNO MESE	ORE	GIORNO MESE	ORE		
<u>ROCCA DI PAPA</u> <u>E RITORNO</u>	<u>28-11-25</u>		<u>28-11-25</u>		<u>450</u>	<u>PROPRIO</u>

<i>Data</i>	<i>MOTIVO DELLA MISSIONE (esporre dettagliatamente e nel caso di visite domiciliari o ispettoriali indicare località e nominativi delle persone)</i>

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che ha/non ha usufruito di vitto e/o alloggio gratuito, che nei giorni sopra indicati non è stato in altre località e che il numero dei chilometri riportati nel prospetto sul frontespizio corrispondono esattamente ai chilometri effettivamente percorsi con mezzo proprio per effettuare le prestazioni in esso indicate.

li

.....
(firma)

P R O S P E T T O D I L I Q U I D A Z I O N E	
Indennità chilometrica: Km _____ a € _____	€ _____
Rimborso spese:	€ _____
TOTALE GENERALE	€ _____

ACQUISIZIONE DEL NUMERO DI CODICE FISCALE
D.P.R. N. 784 DEL 02/11/1976 E D.M. DEL 23/12/1976

COGNOME: **ALOISE**

NOME: **GIOVANNI**

NATO A:

Cell.

RESIDENZA ANAGRAFICA:

CITTÀ: I

VIA I

C.A.P.: I

CODICE FISCALE:

ENTE DI DIPENDENZA ED INDIRIZZO:

ASL ROMA 2

UOC MEDICINA LEGALE E ASSISTENZA PROTESICA

Il 28/11/2025

.....

REGIONE ABRUZZO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI DI CUI ALLA LEGGE N. 335/95

Il sottoscritto **Aloise Giovanni** nato a Roma in data 20/08/1957 e residente a in Via

DICHIARA quanto segue:

1 - di essere soggetto I.V.A. e di essere tenuto ad emettere fattura al momento del pagamento dei compensi per attività libero-professionale svolta:

Dichiara, inoltre, che addebiterà ☐ SI ☐ NO in fattura la maggiorazione del 4% dei compensi lordi, a titolo di rivalsa, ai sensi dell'art. 4, comma 3, D.L. n. 295 del 25.05.1996

li
(firma)

2 - di non essere tenuto alla emissione della fattura per prestazioni rese poiché non svolge per professione abituale alcuna attività di lavoro autonomo e, quindi, non rientra nel campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi dell'art. 5, comma 4, del D.P.R. n. 633/1972.

Dichiara, inoltre, di aver provveduto ad iscriversi, ai sensi dell'art. 2, comma 26, Legge n. 335/1995, ad apposita gestione separata dell'I.N.P.S. di che ha attribuito il seguente numero di identificazione:

li
(firma)

3 - DIPENDENTE DI ALTRO ENTE / DITTA (COMPENSI A TERZI):

(Redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente art. 47, lett. B, D.P.R. N. 600/1973)

Datore di lavoro ditta:

Indirizzo:

4 - P. IVA n. - C.F.:

Legge n. 335/1995.

INPS n.

Mod. di pagamento:

PRESSO BANCA:

li 28/11/2025

.....
(firma)



Quello che segue è l'estratto cronologico dei viaggi e degli altri servizi effettuati con Telepass in riferimento al cliente/contratto sotto indicati

Cliente **ALOISE GIOVANNI**

Indirizzo

Contratto **Telepass Family** numero **387298280** aperto il **28-09-2001**

L'importo della selezione effettuata è di **38.20 €**

Dispositivo Telepass n. 00773179304

Data e ora uscita	Descrizione	Classe	Importo	Note
28-11-2025-16.39	CHIETI-PESCARA - SAN CESAREO	A	19.10 €	
28-11-2025-08.34	SAN CESAREO - CHIETI-PESCARA	A	19.10 €	

Le informazioni di cui sopra sono riportate a fini puramente indicativi. Il loro accertamento avrà luogo al momento della fatturazione secondo i modi definiti nel contratto.

(Rif. 4176163 03-12-2025-11.12.46)



F.F. S.A.S.
di GIANLUCA FUSILLI & C.
VIA DELLE CASERME 54
65127 PESCARA (PE)
P.IVA 02380650685

DOCUMENTO COMMERCIALE
di vendita o prestazione

DESCRIZIONE	PREZZO(€) IVA
3 X 2.00	
PANE E COPERTO	6.00 B
INSALATA DI POLPO E PATATE	8.00 B
SPAGHETTONE SCAMPI E FERF	10.00 B
2 X 10.00	
FRITTURA DI SCAMPI E CALAMARI	20.00 B
ACQUA	2.00 B
TOTALE COMPLESSIVO	46.00
DI CUI IVA	4.18
PAGAMENTO CONTANTE	46.00
IMPORTO PAGATO	46.00

B: IVA 10.00%

28/11/25 14:18

RT 96MFS005243

DOC.1879-0005

CONTANTI

DETTAGLIO PAGAMENTI:

46.00

TAVOLO 3

CASSA 1

AZIENDA SANITARIA LOCALE
P E S C A R A

Settore PERSONALE

OGGETTO: INDENNITÀ DI MISSIONE E RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO NEL PERIODO DECORRENTE DAL _____ AL _____

Dr. Romanazzi Francesco

Qualifica: Direttore Medico U.O.C. Medicina Legale - Sede ordinaria di servizio ASL 1 CN2

Località di abituale dimora in _____ n. _____ cap _____

AUTORIZZAZIONE PER USO DEL MEZZO PROPRIO

*Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni di legge il/la Sig./Sig.ra _____
è autorizzato a far uso del mezzo proprio autovettura targata _____ nei seguenti
giorni: 27/11 - 28/11/2025*

DICHIARAZIONE DI ESONERO DI RESPONSABILITÀ PER GUIDA DI AUTOVETTURA PROPRIA

*Il/La sottoscritto/a Francesco Romanazzi dichiara di esonerare la A.S.L. da ogni
eventuale responsabilità in ordine all'uso della propria autovettura targata _____*

*Dichiara, inoltre, che le missioni riportate nel presente prospetto sono state regolarmente eseguite
come sopra esposto.*

Il 28/11/2025

(firma)

ITINERARIO PERCORSO	PARTENZA		RITORNO		KM	MEZZO USATO (proprio, pubblico, ente)
	GIORNO MESE	ORE	GIORNO MESE	ORE		
<u>ALBA - PESCARA</u>	<u>27/11</u>		<u>28/11</u>		<u>1360</u>	<u>PROPRIO</u>

<i>Data</i>	<i>MOTIVO DELLA MISSIONE (esporre dettagliatamente e nel caso di visite domiciliari o ispettoriali indicare località e nominativi delle persone)</i>

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che ha/non ha usufruito di vitto e/o alloggio gratuito, che nei giorni sopra indicati non è stato in altre località e che il numero dei chilometri riportati nel prospetto sul frontespizio corrispondono esattamente ai chilometri effettivamente percorsi con mezzo proprio per effettuare le prestazioni in esso indicate.

Il

.....
 (firma)

P R O S P E T T O D I L I Q U I D A Z I O N E	
Indennità chilometrica: Km _____ a € _____	€ _____
Rimborso spese:	€ _____
TOTALE GENERALE	€ _____

ACQUISIZIONE DEL NUMERO DI CODICE FISCALE
D.P.R. N. 784 DEL 02/11/1976 E D.M. DEL 23/12/1976

COGNOME: **ROMANAZZI**

NOME: **FRANCESCO**

NATA A:

IL

TEL.

RESIDENZA ANAGRAFICA:

CITTÀ: ,

VIA:

PROVINCIA: _____

C.A.P.: _____

CODICE FISCALE:

ENTE DI DIPENDENZA ED INDIRIZZO:

ASL CN2

UOC MEDICINA LEGALE

Il 28/11/2025

.....
(firma)

REGIONE ABRUZZO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI DI CUI ALLA LEGGE N. 335/95

Il sottoscritto Romanazzi Francesco nato a il e residente in Alba in
n.

DICHIARA quanto segue:

1 - di essere soggetto I.V.A. e di essere tenuto ad emettere fattura al momento del pagamento dei compensi per attività libero-professionale svolta:

Dichiara, inoltre, che addebiterà ☐ SI ☐ NO in fattura la maggiorazione del 4% dei compensi lordi, a titolo di rivalsa, ai sensi dell'art. 4, comma 3, D.L. n. 295 del 25.05.1996

li
.....
(firma)

2 - di non essere tenuto alla emissione della fattura per prestazioni rese poiché non svolge per professione abituale alcuna attività di lavoro autonomo e, quindi, non rientra nel campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi dell'art. 5, comma 4, del D.P.R. n. 633/1972.

Dichiara, inoltre, di aver provveduto ad iscriversi, ai sensi dell'art. 2, comma 26, Legge n. 335/1995, ad apposita gestione separata dell'I.N.P.S. di che ha attribuito il seguente numero di identificazione:

li
.....
(firma)

3 - DIPENDENTE DI ALTRO ENTE / DITTA (COMPENSI A TERZI):

(Redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente art. 47, lett. B, D.P.R. N. 600/1973)

Datore di lavoro ditta:

Indirizzo:

4 - P. IVA n. - C.F.:

Legge n. 335/1995.

INPS n.

Mod. di pagamento:

PRESSO BANCA:

li 28/11/2025

.....
(firma)

LOCANDA DA PIA
MAD FOR FOOD S.R.L.
Piazza Sacro Cuore, 36
PESCARA
P.Iva 02419410689

DOCUMENTO COMMERCIALE
di vendita o prestazione

DESCRIZIONE	IVA	Prezzo(€)
MENO FISSO	10%	60,00
TOTALE COMPLESSIVO		60,00
di cui IVA		5,45
Pagamento elettronico		60,00
Importo pagato		60,00

27-11-2025 21:52
DOCUMENTO N. 0082-0008

R7 721V9003602

OPERATORE: amministratore

Pagamenti:
PAG ELETTRONICO

60,00

Hotel Plaza s.r.l.
Piazza Sacro Cuore, 55
65122 PESCARA
P.IVA 01358380689
Tel. +39 085.4214625
www.plazapescara.it

DOCUMENTO COMMERCIALE
di vendita o prestazione

DESCRIZIONE	IVA	Prezzo(€)
Romanazzi Francesco		
Ospite: Romanazzi Frances		
co		
Rif. PMS: 22508598		
Camera: 511		
*Pernottamento 27.11.25/#		
511		
*Imposta di soggiorno	10,00%	87,30
	EE*	2,00
TOTALE COMPLESSIVO		89,30
di cui IVA		7,94
Pagamento elettronico		89,30
Importo pagato		89,30

*EE = Esclusa

28-11-2025 08:58
DOCUMENTO N. 2262-0023

R7 99MEX068162

DETTAGLIO FORME di PAGAMENTO
10-Amex UBI Banca

89,30

Quello che segue è l'estratto cronologico dei viaggi e degli altri servizi effettuati con Telepass in riferimento al cliente/contratto sotto indicati

Cliente **FRANCESCO ROMANAZZI**
Indirizzo

Contratto **Telepass Family** numero : aperto il

L'importo della selezione effettuata è di **105.38 €**

Dispositivo Telepass n.				
Data e ora uscita	Descrizione	Classe	Importo	Note
28-11-2025-20.54	S.S.231 ASTI - ALBA EST	V1	2.69 €	
28-11-2025-20.40	CITTA' S. ANG. - ASTI EST	A	50.00 €	
27-11-2025-18.07	ASTI EST - CITTA' S. ANG.	A	50.00 €	
27-11-2025-10.55	ALBA EST - S.S.231 ASTI	V1	2.69 €	

le informazioni di cui sopra sono riportate a fini puramente indicativi. Il loro accertamento avrà luogo al momento della fatturazione secondo i modi definiti nel contratto.
(Rif. 21431362 06-12-2025-14.57.59)

AZIENDA SANITARIA LOCALE
P E S C A R A

Settore PERSONALE

OGGETTO: INDENNITÀ DI MISSIONE E RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO NEL PERIODO DECORRENTE DAL
_____ AL _____

Dr. De Battisti Zeno

Qualifica: Direttore Medico U.O.C. Medicina Legale - Sede ordinaria di servizio Bergamo – ASST Papa
Giovanni XXIII DI BERGAMO Località di abituale dimora in _____

AUTORIZZAZIONE PER USO DEL MEZZO PROPRIO

*Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni di legge il/la Sig./Sig.ra
è autorizzato a far uso del mezzo proprio autovettura targata nei seguenti
giorni:*

DICHIARAZIONE DI ESONERO DI RESPONSABILITÀ PER GUIDA DI AUTOVETTURA PROPRIA

*Il/La sottoscritto/a dichiara di esonerare la A.S.L. da ogni
eventuale responsabilità in ordine all'uso della propria autovettura targata
Dichiara, inoltre, che le missioni riportate nel presente prospetto sono state regolarmente eseguite
come sopra esposto.*

Il 28/11/2025

.....
(firma)

ITINERARIO PERCORSO	PARTENZA		RITORNO		KM	MEZZO USATO
	GIORNO MESE	ORE	GIORNO MESE	ORE		(proprio, pubblico, ente)

<i>Data</i>	<i>MOTIVO DELLA MISSIONE (esporre dettagliatamente e nel caso di visite domiciliari o ispettoriali indicare località e nominativi delle persone)</i>

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che ha/non ha usufruito di vitto e/o alloggio gratuito, che nei giorni sopra indicati non è stato in altre località e che il numero dei chilometri riportati nel prospetto sul frontespizio corrispondono esattamente ai chilometri effettivamente percorsi con mezzo proprio per effettuare le prestazioni in esso indicate.

li

.....

(firma)

P R O S P E T T O D I L I Q U I D A Z I O N E	
Indennità chilometrica: Km _____ a € _____	€ _____
Rimborso spese:	€ _____
TOTALE GENERALE	€ _____

ACQUISIZIONE DEL NUMERO DI CODICE FISCALE
D.P.R. N. 784 DEL 02/11/1976 E D.M. DEL 23/12/1976

COGNOME: **DE BATTISTI**

NOME: **ZENO**

NATO A:

IL

CELL.

RESIDENZA ANAGRAFICA:

CITTÀ:

VIA:

PROVINCIA:

C.A.P.:

CODICE FISCALE:

ENTE DI DIPENDENZA ED INDIRIZZO:

ASST Papa Giovanni XXIII DI BERGAMO
U.O.C. MEDICINA LEGALE

li 28/11/2025

.....
(firma)

REGIONE ABRUZZO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

DATI ANAGRAFICI, FISCALI E PREVIDENZIALI DI CUI ALLA LEGGE N. 335/95

Il sottoscritto **De Battisti Zeno** nato a il e residente a

DICHIARA quanto segue:

1 - di essere soggetto I.V.A. e di essere tenuto ad emettere fattura al momento del pagamento dei compensi per attività libero-professionale svolta:

Dichiara, inoltre, che addebiterà ☐ SI ☐ NO in fattura la maggiorazione del 4% dei compensi lordi, a titolo di rivalsa, ai sensi dell'art. 4, comma 3, D.L. n. 295 del 25.05.1996

li
.....
(firma)

2 - di non essere tenuto alla emissione della fattura per prestazioni rese poiché non svolge per professione abituale alcuna attività di lavoro autonomo e, quindi, non rientra nel campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi dell'art. 5, comma 4, del D.P.R. n. 633/1972.

Dichiara, inoltre, di aver provveduto ad iscriversi, ai sensi dell'art. 2, comma 26, Legge n. 335/1995, ad apposita gestione separata dell'I.N.P.S. di che ha attribuito il seguente numero di identificazione:

li
.....
(firma)

3 - DIPENDENTE DI ALTRO ENTE / DITTA (COMPENSI A TERZI):

(Redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente art. 47, lett. B, D.P.R. N. 600/1973)

Datore di lavoro ditta:

Indirizzo:

4 - P. IVA n. - C.F.:

Legge n. 335/1995.

INPS n.

Mod. di pagamento:

PRESSO BANCA:

li 28/11/2025

.....
(firma)

Distribuito da


TRENITALIA
GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

	BOLOGNA CENTRALE	27/11/2025	15:45
	PESCARA CENTRALE	27/11/2025	18:47
		2° Standard	
8813	7	15C	1 ADULTO

Le porte del treno si chiudono 1 minuto prima della partenza

BASE
CAMBIO PRENOTAZIONE

 CIV Vettore 1183 TRENITALIA S.p.A. P.IVA 05403151003
 Biglietto Singolo
 Valgono le condizioni, il diritto e il foro dei vettori che hanno stipulato il contratto di trasporto.
 Informazioni su: www.trenitalia.com

Tagliando 1 di 1

N°: 2691075616

PNR: J8FST5

CP: 983402



Trasporto Trenitalia	61.00 €
Totale	61.00 €
POS	61.00 €

Tagliando non fiscale

DE BATTISTI ZENO**Dati di contatto comunicati**

VALE CON DOC. IDENTITÀ

Distribuito in nome e per conto dei v

VERONA P.N.

Data e ora di emissione

Informativa privacy completa

2016/6/9 consultabile su www.ti**AVVERTENZE DI CONSERVAZ**

da luce e fonti di calore, evita materiali plastici.

Hotel Plaza s.r.l.
 Piazza Sacro Cuore, 55
 65122 PESCARA
 P.IVA 01358380689
 Tel. +39 085.4214625
www.plazapescara.it

 DOCUMENTO COMMERCIALE
 di vendita o prestazione

DESCRIZIONE	IVA	Prezzo(€)
De Battisti Zeno		
Ospite: De Battisti Zeno		
Rif. PMS: 22508592		
Camera: 618		
*Pernottamento 27.11.25/#		
618	10,00%	87,30
Imposta di soggiorno	EE	2,00
TOTALE COMPLESSIVO		89,30
di cui IVA		7,94
Pagamento elettronico		89,30
Importo pagato		89,30

*EE = Esclusa

 28-11-2025 08:32
 DOCUMENTO N. 2262-0017

RT 99MEY066162

DETTAGLIO FORME di PAGAMENTO

Distribuito da


TRENITALIA
GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

VERONA PORTA NUOVA	27/11/2025
BOLOGNA CENTRALE	
	2° Classe
Regionale	1 ADULTI
Trenitalia Km 1.4 via POGGIO	
TARIFFA 39/AS	
NO CAMBIO NO RIMBORSO	
CIV Vettore 1183 TRENITALIA S.p.A. P.IVA 05403151003	
Biglietto Singolo	
Valgono le condizioni, il diritto e il foro dei vettori che hanno stipulato il contratto di trasporto.	
In base al numero di partenza il trasporto potrà essere effettuato da Trenitalia (www.trenitalia.com) o da un altro vettore.	
Informazioni su: www.trenitalia.com	



N°: 2690998846

Tagliando 1 di 1

Tagliando non fiscale

Trasporto Trenitalia	10.50 €
Totale	10.50 €
POS	10.50 €

 Distribuito in nome e per conto dei vettori: 1183 15C 15T 15A
 via POGGIO 1.4
 10200 10200 10200
 Data e ora di emissione: 27/11/2025 11:20

▼▼▼CONVALIDARE PRIMA DELLA PARTENZA▼▼▼

VALE 4H DA CONV

VERONA PORTA

LACANDA DA PIA
 MAD FOR FOOD S.R.L.
 Piazza Sacro Cuore, 36
 PESCARA
 P.IVA 02419410689

 DOCUMENTO COMMERCIALE
 di vendita o prestazione

DESCRIZIONE	IVA	Prezzo(€)
Coperto	10%	2,50
Spaghetto alle vongole	10%	12,00
Tonno alla messinese	10%	18,00
Acqua	10%	2,50
DESSERT	10%	6,00
sconto	10%	-1,00
TOTALE COMPLESSIVO		40,00
di cui IVA		3,34
Pagamento elettronico		40,00
Importo pagato		40,00

 27-11-2025 21:16
 DOCUMENTO N. 0082-0007

RT 72IV9003602

OPERATORE: amministratore

 Pagamenti:
 PAG. ELETTRONICO

40,00

NOTA PRESTAZIONI OCCASIONALI

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale di Pescara
U.O.C. Dinamiche del Personale
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara

Il sottoscritto Dr. Aloise Giovanni Tel. _____ nato a _____ il _____ residente a _____ CAP _____ Via _____, n. _____, codice fiscale _____ dichiara di ricevere dalla Azienda Sanitaria Locale di Pescara le somme di seguito indicate a fronte delle prestazioni di lavoro autonomo occasionale (art. 67, comma 1, lettera 1 del TUIR-ex art. 81) in qualità di Presidente della Commissione Esaminatrice dell'avviso pubblico per l'attribuzione di un incarico quinquennale di Direttore Medico della disciplina di medicina legale per le esigenze della U.O.C. Medicina Legale della A.S.L. di Pescara, rese dal _____ al _____:

A) Compenso lordo	Euro	<u>258,23</u>
B) Compenso sul quale calcolare contributo INPS (indicare la quota parte di A) eccedente il tetto di 5.000 €)	Euro	_____
C) Rimborso spese	Euro	<u>233,45</u>
D) 1/3 Contributo INPS (17% su B) ¹	Euro	_____
E) Ritenuta d'acconto IRPEF (20% su A+C) ²	Euro	<u>92,54</u>
F) Netto percepito (A+C-D-E)	Euro	<u>398,14</u>

Compensi non soggetti ad I.V.A. per mancanza del presupposto soggettivo ai sensi dell'art. 5 comma 1 del D.P.R. n. 633/1972.

Data, _____

_____ FIRMA _____

1 La contribuzione INPS NON si deve calcolare sul rimborso spese

2 La ritenuta d'acconto si calcola sul compenso lordo + rimborso spese

L'importo da indicare nelle determinazioni di liquidazione è dato dalla somma: compenso lordo +2/3 contributo INPS. Ricordarsi di impegnare anche l'IRAP che è un'imposta a carico della ASL e si ottiene calcolando l'8,5% su compenso lordo + rimborso spese.

NOTA PRESTAZIONI OCCASIONALI

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale di Pescara
U.O.C. Dinamiche del Personale
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara

Il sottoscritto Dr. De Battisti Zeno Tel. _____ nato a _____ il _____ residente a _____ CAP _____ in _____, n. codice fiscale _____ dichiara di ricevere dalla Azienda Sanitaria Locale di Pescara le somme di seguito indicate a fronte delle prestazioni di lavoro autonomo occasionale (art. 67, comma 1, lettera 1 del TUIR-ex art. 81) in qualità di componente della Commissione Esaminatrice dell'avviso pubblico per l'attribuzione di un incarico quinquennale di Direttore Medico della disciplina di medicina legale per le esigenze della U.O.C. Medicina Legale della A.S.L. di Pescara rese dal _____ al _____:

A) Compenso lordo	Euro	<u>258,23</u>
B) Compenso sul quale calcolare contributo INPS (indicare la quota parte di A) eccedente il tetto di 5.000 €)	Euro	_____
C) Rimborso spese	Euro	<u>411,80</u>
D) 1/3 Contributo INPS (17% su B) ¹	Euro	_____
E) Ritenuta d'acconto IRPEF (20% su A+C) ²	Euro	<u>134,01</u>
F) Netto percepito (A+C-D-E)	Euro	<u>536,02</u>

Compensi non soggetti ad I.V.A. per mancanza del presupposto soggettivo ai sensi dell'art. 5 comma 1 del D.P.R. n. 633/1972.

Data, _____

FIRMA

¹ La contribuzione INPS NON si deve calcolare sul rimborso spese

² La ritenuta d'acconto si calcola sul compenso lordo + rimborso spese

L'importo da indicare nelle determinazioni di liquidazione è dato dalla somma: compenso lordo + 2/3 contributo INPS. Ricordarsi di impegnare anche l'IRAP che è un'imposta a carico della ASL e si ottiene calcolando l'8,5% su compenso lordo + rimborso spese.

NOTA PRESTAZIONI OCCASIONALI

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale di Pescara
U.O.C. Dinamiche del Personale
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara

Il sottoscritto Dr. Romanazzi Francesco Tel. _____ nato a _____ il _____ residente in
CAP _____ in _____ n _____ codice fiscale _____ dichiara di ricevere
dalla Azienda Sanitaria Locale di Pescara le somme di seguito indicate a fronte delle prestazioni di lavoro
autonomo occasionale (art. 67, comma 1, lettera 1 del TUIR-ex art. 81) in qualità di componente della
Commissione Esaminatrice dell'avviso pubblico per l'attribuzione di un incarico quinquennale di Direttore Medico
della disciplina di medicina legale per le esigenze della U.O.C. Medicina Legale della A.S.L. di Pescara, rese dal
_____ al _____:

A) Compenso lordo	Euro	<u>238,23</u>
B) Compenso sul quale calcolare contributo INPS (indicare la quota parte di A) eccedente il tetto di 5.000 €)	Euro	_____
C) Rimborso spese	Euro	<u>723,88</u>
D) 1/3 Contributo INPS (17% su B) ¹	Euro	_____
E) Ritenuta d'acconto IRPEF (20% su A+C) ²	Euro	<u>136,42</u>
F) Netto percepito (A+C-D-E)	Euro	<u>785,69</u>

Compensi non soggetti ad I.V.A. per mancanza del presupposto soggettivo ai sensi dell'art. 5 comma 1 del D.P.R. n. 633/1972.

Data, _____

FIRMA

¹ La contribuzione INPS NON si deve calcolare sul rimborso spese

² La ritenuta d'acconto si calcola sul compenso lordo + rimborso spese

L'importo da indicare nelle determinazioni di liquidazione è dato dalla somma: compenso lordo + 2/3 contributo INPS. Ricordarsi di impegnare anche l'IRAP che è un'imposta a carico della ASL e si ottiene calcolando l'8,5% su compenso lordo + rimborso spese.

UOC DINAMICHE DEL PERSONALE

L'Istruttore	Il Direttore
Monica Nardicchia	Giuseppe Barile
	firmato digitalmente

Voce di conto: 0709030105 Anno : 2026

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 17/09/2026 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.
