



**Azienda Ospedaliera  
di Caserta**  
"Sant'Anna e San Sebastiano"  
di rilievo nazionale e di alta specializzazione



U.O.S.D Oculistica

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 295 DEL 20 MAG. 2015

Oggetto: Liquidazione della somma di Euro 3000, in favore del Dott. Gennaro Polese. P./Iva 03582231217, a saldo della fattura n° Fattpa 1\_15 del 04/05/2015, per le competenze del periodo Febbraio 2015 – Aprile 2015.

Premesso:

- che con deliberazione del Direttore Generale n. 623 del 15 ottobre 2012, esecutiva ai sensi di legge, si è provveduto a stipulare contratti di collaborazione coordinata a progetto per la realizzazione del "Centro dell'Ipovisione" presso l'uosd Oculistica dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.
- che con il medesimo atto deliberativo il Dott. Gennaro Polese è stato nominato vincitore della selezione in parola quale laureato in Ortottica.

Vista:

- la seguente fattura, che si allega al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale, riferita al periodo in oggetto indicato, per l'incarico del Dott. Gennaro Polese, quale componente del Centro dell'Ipovisione dell'uosd Oculistica:

Data fattura	Numero fattura	Descrizione	Importo
04/05/2015	Fattpa 1_15	Compenso professionale relativo al periodo Febbraio 2015 - Aprile 2015	3000

- che tale importo è stato imputato sull'autorizzazione n. 543/2012 conto economico 502011415 del Bilancio 2012 e che pertanto, si può procedere alla conseguente liquidazione;

Determina

- di liquidare in favore del Dott. Gennaro Polese, P./Iva 03582231217 quale componente del Centro dell'Ipovisione dell'uosd Oculistica, la somma complessiva lorda di Euro 3000 (tremila/00);
- dare atto che la relativa spesa è stata imputata sull'autorizzazione n. 543/2012 conto economico 502011415 del Bilancio 2012;
- di autorizzare la unità operativa complessa economico-finanziaria e della progettualità europea a emettere il relativo ordinativo di pagamento in favore del Dott. Gennaro Polese, P./Iva 03582231217;
- di trasmettere copia della presente Determinazione al Direttore Generale, nonché alla unità operativa complessa economico-finanziaria e della progettualità europea per l'esecuzione e al Collegio Sindacale per il controllo di competenza.

Il Dirigente UOSD

Dott. Ferdinando Romano



# FATTURA ELETTRONICA

Versione 1.1

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **0000076277**  
Formato Trasmissione: **SDI11**  
Codice Amministrazione destinataria: **551B2G**  
Telefono del trasmittente: **3905750505**  
E-mail del trasmittente: **info@arubapec.it**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT03582231217**  
Codice fiscale: **PLSGNR73E18F839K**  
Nome: **GENNARO**  
Cognome: **POLESE**  
Regime fiscale: **RF18** (altro)

### Dati della sede

Indirizzo: **Via Rovereto Vico III**  
CAP: **81047**  
Comune: **Macerata Campania**  
Provincia: **CE**  
Nazione: **IT**

### Recapiti

Telefono: **3388704710**  
E-mail: **sitimania@gmail.com**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Codice Fiscale: **02201130610**  
Denominazione: **Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta - FATTURAZIONE**

### Dati della sede

Indirizzo: **VIA TESCIONE**  
CAP: **81100**  
Comune: **Caserta**  
Provincia: **CE**  
Nazione: **IT**

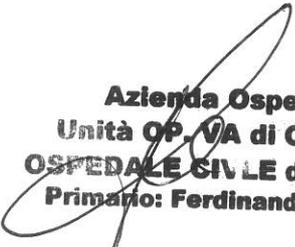
## Dati del terzo intermediario soggetto emittente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01879020517**  
Denominazione: **Aruba Pec S.p.A.**

## Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

  
**Azienda Ospedaliera**  
**Unità OP. VA di Oculistica**  
**OSPEDALE CIVILE di CASERTA**  
**Primario: Ferdinando Romano**



## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2015-05-04** (04 Maggio 2015)  
Numero documento: **FATTPA 1\_15**  
Importo totale documento: **3002.00**

## Ritenuta

Tipologia ritenuta: **RT01** (ritenuta persone fisiche)  
Importo ritenuta: **600.00**  
Aliquota ritenuta (%): **20.00**  
Causale di pagamento: **A** (decodifica come da modello 770S)

## Bollo

Bollo virtuale: **SI**  
Importo bollo: **2.00**

## Cassa previdenziale

Tipologia cassa previdenziale: **TC22** (INPS)  
Aliquota contributo cassa (%): **4.00**  
Importo contributo cassa: **115.38**  
Imponibile previdenziale: **2884.62**  
Aliquota IVA applicata: **0.00**  
Contributo cassa soggetto a ritenuta: **SI**  
Tipologia di non imponibilità del contributo: **N4** (esenti)

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### Nr. linea: 1

#### Codifica articolo

Tipo: **Codice fornitore**  
Valore: **ON**  
Descrizione bene/servizio: **COMPENSO PER ATTIVITÀ PROFESSIONALE RELATIVA AL CO CO PRO DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA PRESSO UOSD DI OCULISTICA PERIODO DI RIFERIMENTO FEBBRAIO MARZO APRILE 2015 PER 10 ORE SETTIMANALI**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **2884.62**  
Valore totale: **2884.62**  
IVA (%): **0.00**  
Soggetta a ritenuta: **SI**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 2

#### Codifica articolo

Tipo: **Codice fornitore**  
Valore: **SNI**  
Descrizione bene/servizio: **MARCA DA BOLLO**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**

**Azienda Ospedaliera**  
**Unità OP. VA di Oculistica**  
**OSPEDALE CIVILE di CASERTA**  
**Primario: Ferdinando Romano**



Valore unitario: **2.00**  
Valore totale: **2.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N1** (esclusa ex art.15)

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **3000.00**  
Totale imposta: **0.00**  
Esigibilità IVA: **I** (esigibilità immediata)  
Riferimento normativo: **D.p.r. 633/72**

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N1** (escluse ex art.15)  
Totale imponibile/importo: **2.00**  
Totale imposta: **0.00**  
Esigibilità IVA: **I** (esigibilità immediata)  
Riferimento normativo: **D.p.r. 633/72**

## Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

### *Dettaglio pagamento*

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2015-05-04** (04 Maggio 2015)  
Importo: **2402.00**  
Istituto finanziario: **BANCA CARIPARMA**  
Codice IBAN: **IT74L0623003458000035288090**  
Codice pagamento: **BB**

Versione prodotta con foglio di stile SdI [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)

**Azienda Ospedaliera**  
**Unità OP. VA di Oculistica**  
**OSPEDALE CIVILE di CASERTA**  
**Pr. Urologia: Ferdinando Romano**



