Regione Siciliana

CEFPAS

CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO

Protocollo nr.: 0002387
del 27/02/2014
Ente: CEFPAS
AOO:

20140002387

**Al Dott. Claudio Tortone**

Centro Regionale di documentazione
per la promozione della salute DoRS
[redacted]

in base a quanto stabilito tra il CEFPAS e il DoRS nella convenzione riguardante la collaborazione alla realizzazione del **Programma regionale di formazione alla promozione della salute** (codice corso E2613), trasmessa con nota Prot. 1209 del 06/02/2014, relativamente al III modulo che avrà luogo a Caltanissetta presso la sede del CEFPAS dal 12 al 13 marzo, Le conferiamo l'incarico di docente, nei giorni **12 e 13 marzo 2014.**

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di designazione del DoRS, vista la sua iscrizione all'Albo permanente del CEFPAS, come previsto dal Regolamento per il conferimento di incarichi di responsabile scientifico/docente/tutor delle attività formative del CEFPAS pubblicato nel sito web dell'Ente www.cefpas.it e al quale si fa espresso rinvio.

Il Centro metterà a Sua disposizione l'ospitalità alberghiera e i pranzi di lavoro nelle giornate di svolgimento del corso e procederà al rimborso delle spese sostenute secondo quanto stabilito dal regolamento su citato.

La invitiamo a consultare, per ogni ulteriore evenienza gli allegati alla presente (A, B, C, D, E) e curarne la compilazione per la parte di interesse.

Per il perfezionamento del conferimento del presente incarico, la presente lettera andrà restituita - a mezzo PEC oppure a mezzo fax – selezionando le voci di interesse e sottoscritta in calce.

Ultimato l'incarico, al fine di procedere al relativo rimborso, dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante gli importi afferenti a eventuali spese di cui si chiede il rimborso.

La sua prestazione professionale, inoltre, sarà oggetto di valutazione da parte dei partecipanti.
Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde ai numeri 0934 505215 – fax 0934 591266, e che la responsabile del corso, Ilenia Parenti tel.0934/505220 e-mail parenti@cefpas.it, è a sua disposizione per ogni chiarimento, colgo l'occasione per porgerle i miei più cordiali saluti.

Il Direttore della Formazione
Pier Sergio Caltabiano



www.cefpas.it Cittadella Sant'Elia - via G. Mulè. 1 - 93100 Caltanissetta Tel. 0934 505215 Fax 0934 591266 - 505335 e-mail: cdf@cefpas.it
P.IVA 01427360852 Sede operativa Palermo c/o Assessorato Regionale della Salute via M. Vaccaro, 5 – 90145 Palermo

## Consapevole delle sanzioni penali previste, ai sensi del D.P.R. n.445/00 dichiara:

• *di essere dipendente di Ente Pubblico*

☐ **Si** *(indicare l'Ente)*_____

☐ **No**

• **Autorizzazione Ente di appartenenza**

☐ *che si produrrà autorizzazione dell'Ente di appartenenza*

☐ *di essere esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, essendo l'attività formativa da espletare rivolta a dipendenti della Pubblica amministrazione, in base al comma 6. lett. f-bis) dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001. Dichiaro, inoltre, che il suddetto Ente non prevede, nemmeno in sede di regolamento aziendale, una diversa disciplina al riguardo*

• **Assenza Conflitto di interesse**

*In conformità all'art. 3.3 del Regolamento Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009 sul Conflitto di Interessi ed in relazione al presente incarico per conto del CEFPAS – ID provider n. 428 consapevole che l'AGENAS può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione, dichiara di avere avuto negli ultimi due anni rapporti collaborazione e/o finanziamenti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:*

☐ **Si** *(se si, indicare quali)* _____

☐ **No**

• **Richiesta crediti ECM attività di docenza**

☐ **Si** ☐ **No**

***Si accetta integralmente quanto previsto nella presente lettera d'incarico e nel regolamento vigente del Cefpas per il conferimento di incarichi e s.m.i.***

**Data** _____ **Firma** _____

*(Per la regolarità delle dichiarazioni autocertificative andrà allegata* ***copia di valido documento di riconoscimento)***



www.cefpas.it Cittadella Sant'Elia - via G. Mulè, 1 - 93100 Caltanissetta Tel. 0934 505215 Fax 0934 591266 - 505335 e-mail: cdf@cefpas.it
P.IVA 01427360852 Sede operativa Palermo c/o Assessorato Regionale della Salute via M. Vaccaro, 5 – 90145 Palermo