



Regione Siciliana



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



Protocollo nr. : 0000809
del 23/01/2014
Ente: CEFPAS
A00:

Alla Dr.ssa Madonia Carmela



Le conferiamo l'incarico di docente per complessive n. 1 ora nel giorno 6 febbraio 2014, relativamente al "Corso di formazione operatori reparti malattie infettive Legge 135/1990 – Medici Infermieri 1" (codice E3844), che avrà luogo a Caltanissetta presso la sede del CEFPAS dal 28 gennaio al 11 febbraio 2014.

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di valutazione comparativa, 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.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto, secondo quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del Cefpas, è fissato in € 90,00 (euro novanta/00) per ogni ora di docenza, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico. 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 pagamento, dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante gli importi afferenti al compenso lordo spettante e 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 i responsabili del corso, Daniela Giordano tel. 0934/505295 e-mail giordano@cefpas.it e Carmelo Amico tel. 0934/505211 e-mail carmelo.amico@cefpas.it, sono a sua disposizione per ogni chiarimento, colgo l'occasione per porgerle i miei più cordiali saluti.

Il Direttore della Formazione
Pier Sergio Caltabiano

Iniziali DG - CA
Titolo AIDS6 –Medici e Infermieri 1 (E3844)
28.01.2014 – 11.02.2014 – CEFPAS
Docente: Madonia Carmela

1



Regione Siciliana



CEFPAS

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



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 sì, indicare quali) _____

No

• **Dichiarazioni Fiscali**

che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi dell'art. 5 DPR 633/1972

che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

• **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)

Iniziali DG - CA

Titolo AIDS6 –Medici e Infermieri 1 (E3844)

28.01.2014 – 11.02.2014 – CEFPAS

Docente: Madonia Carmela

2