



Regione Siciliana



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



Protocollo nr. : 0006841
del 10/07/2014
Ente: CEFPAS
AOO:



A Pasquale Di Mattia
Referente aziendale HTA – ASP di Caltanissetta



Le conferiamo l'incarico di relatore per n. 1 ora, il giorno 18 dicembre 2014 (V modulo), relativamente alla sessione "Take a message" della II edizione del Corso "Health Technology Assessment, metodologie e pratiche" (A5494), che avrà luogo a Caltanissetta da settembre a dicembre 2014 (I modulo:17/18 settembre, II modulo:15/16 ottobre, III modulo:29/30 ottobre; IV modulo:12/13 novembre; V modulo:18 dicembre 2014).

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di designazione da parte dell'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (D.A.S.O.E.), conformemente a quanto disposto nella circolare applicativa 12/04/2012 n. 3423 del Direttore Generale pro tempore del CEFPAS, paragrafo "procedura comparativa", cui 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 euro 100,00 (cento/00) per ogni ora di docenza, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico. La corresponsione del compenso comprende la formulazione delle prove di valutazione di apprendimento nonché la verifica degli elaborati in caso di prove a risposta aperta.

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 la responsabile del corso, Bruna Insalaco – tel. 0934 505 127 – e mail: insalaco@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

1

Corso "Health Technology Assessment, metodologie e pratiche" – II edizione 2014.
Caltanissetta, settembre - dicembre 2014 (sessione "Take a message"- V modulo:18 dicembre 2014) - Codice corso A5494
Relatore: Pasquale Di Mattia



Regione Siciliana



CEFPAS

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



Pasquale Di Mattia
e-mail: lino-dm@libero.it

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**

• **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)