



Regione Siciliana



CEFPAS

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



Protocollo nr. : 0004624  
del 08/05/2014  
Ente: CEFPAS  
AOO:



Al **Dr. Giuseppe Noto**



Le conferiamo l'incarico di docente per complessive n. 8 ore, nel giorno **10 giugno 2014**, relativamente al Corso "Moduli integrativi per Dirigenti sanitari in possesso del certificato di formazione manageriale - DA 986/10" (codice corso D5224 - rif. ECM 428-1290 Ed. 1), che avrà luogo ad **Acireale (CT)** presso il Presidio Ospedaliero dell'ASP CT in via Caronia s.n.

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](http://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 euro 100,00 (cento/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 il responsabile di corso, Davide Talamo, tel. 0934 505827 [talamo@cefpas.it](mailto:talamo@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

Titolo: "Moduli integrativi per Dirigenti sanitari in possesso del certificato di formazione manageriale - DA 986/10" 1  
10 giugno 2014 Catania Ed. 1 (D5224 - ECM 428-1290 Ed. 1)  
Docente: Giuseppe Noto



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*

• **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*

**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)*

Titolo: "Moduli integrativi per Dirigenti sanitari in possesso del certificato di formazione manageriale - DA 986/10" 2  
10 giugno 2014 Catania Ed. 1 (D5224 – ECM 428-1290 Ed. 1)

Docente: Giuseppe Noto