



Regione Siciliana



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



Protocollo nr. : 0004979  
del 16/05/2014  
Ente: CEFPAS  
A00:



20140004979

Al Dr. Paolo Volanti

*La presente annulla e sostituisce la precedente nota CEFPAS n.0003433 del 27/03/2014*

Le conferiamo l'incarico di docente per complessive **n. 4 ore**, nel giorno **24 maggio 2014** relativamente al **I° modulo del Corso per familiari e assistenti familiari di pazienti affetti da SLA in Sicilia** (codice: SLACL), che avrà luogo a Caltanissetta presso la sede del CEFPAS.

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito della proposta di nominativi di docenti da coinvolgere nella formazione SLA da parte dei referenti del Tavolo tecnico regionale; tale elenco costituisce parte integrante del progetto approvato con D.D. n°157 dell'11/02/2014 dal Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali dell'Assessorato regionale della Famiglia, Regione Siciliana, codice CUP:G93E14000000002.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto è fissato in euro settantotto (78/00) per ogni ora di docenza, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico.

Il Centro procederà al rimborso delle spese sostenute (vitto e viaggio) secondo quanto stabilito 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. La invitiamo a consultare l'allegato alla presente.

Per il perfezionamento del conferimento dell'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 del corso, Giulia Maggiore, 0934/505366 - [maggiore@cefpas.it](mailto:maggiore@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



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*

• **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**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

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