



Regione Siciliana



CEFPAS

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



Protocollo nr. : 0010823  
del 10/11/2014  
Ente: CEFPAS  
A00:



20140010823

Alla dr.ssa Rossella Mangogna

gent.mo dr.ssa Mangogna,

1. con la presente abbiamo il piacere di conferirle l'incarico di docente per complessive n. 1 ore, nel giorno 13 dicembre 2014, relativamente V modulo della II edizione del "Corso di formazione per caregiver di pazienti affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)" (Codice: SLAPA2), che avrà luogo a Palermo presso l'aula didattica del Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche sita in via La Loggia n.1.
2. 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.
3. 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 compenso sarà erogato da questo Ente al ricevimento del finanziamento stanziato dalla Regione Siciliana.
4. 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, per ogni ulteriore evenienza gli allegati alla presente (Informazioni utili 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.
5. 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.
6. 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 le responsabili del corso, Antonella Iacono (cell. 3204347431; [iacono@cefpas.it](mailto:iacono@cefpas.it)) e Luisa Savoca (cell.3204342187, [savoca@cefpas.it](mailto:savoca@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

AI

Corso di formazione per caregiver di pazienti affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

30 ottobre SLAPA2

Docente: dr.ssa Rossella Mangogna

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

• **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 \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto accetta espressamente quanto indicato al punto 2 e cioè che il compenso spettante sia erogato da questo Ente al ricevimento del finanziamento stanziato dalla Regione Siciliana per la realizzazione del progetto SLA**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

Al

Corso di formazione per caregiver di pazienti affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

30 ottobre SLAPA2

Docente: dr.ssa Rossella Mangogna

2