



Regione Siciliana



CEFPAS

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



Protocollo nr. : 0010824  
del 10/11/2014  
Ente: CEFPAS  
AOO:



Alla dr. Maurizio Ballotta



gent.mo dr.Ballotta,

- con la presente abbiamo il piacere di conferirle l'incarico di docente per complessive n. 1 ore, nel giorno 13 dicembre 2014, relativamente al 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.  
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.
- 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.
- 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.
- 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 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

Al

Corso di formazione per caregiver di pazienti affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)  
30 ottobre SLAPA2  
Docente: dr. Maurizio Ballotta

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)*

AI

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

30 ottobre SLAPA2

Docente: dr. Maurizio Ballotta

2