



Regione Siciliana



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



Protocollo nr. : 0009580  
del 07/10/2014  
Ente: CEFPAS  
A00:



Al Dott. Francesco Forastiere  
Dipartimento Epidemiologico Lazio  
ASL RME



Gentile Dott. Forastiere

Le conferiamo l'incarico di docente per complessive n. 2 ore, nel giorno 18 novembre 2014 relativamente al corso *Epidemiologia Ambientale: dai metodi di studio alle applicazioni per la sanità pubblica* (codice A5604 e ECM n. 1513 ed.1) che avrà luogo a Palermo, Via Vaccaro n. 5, c/o la sede del DASOE, Assessorato Salute della Regione Siciliana.

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.

*La docenza sarà espletata a titolo gratuito.* Il Centro metterà a Sua disposizione l'ospitalità alberghiera, in regime di pernottamento e prima colazione, presso l'Hotel IBIS di Palermo in convenzione con il CEFPAS. Per i pranzi e le cene nelle giornate di svolgimento del corso si procederà al rimborso delle spese sostenute secondo quanto stabilito dal regolamento su citato.

La invitiamo a consultare, per ogni ulteriore evenienza l'allegato alla presente e curarne la compilazione per la parte di interesse (A e C).

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 dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante gli importi afferenti a eventuali spese di cui si chiede il rimborso.

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

Corso DASOE – Epidemiologia ambientale  
18-20 novembre 2014 – CEFPAS (A5604 - ECM n. 1513 ed.1)  
Docenza a titolo gratuito: Francesco Forastiere

1



Regione Siciliana



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

• **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

• **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)*