



Regione Siciliana



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



Protocollo nr. : 0009581
del 07/10/2014
Ente: CEFPAS
ADD:



20140009581

Al Dott. Paola Michelozzi
Dipartimento Epidemiologico Lazio
ASL RME



Gentile Dott. ssa Michelozzi

Le conferiamo l'incarico di docente per complessive n. 2 ore, nel giorno 19 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, presso 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 (DASOE), 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.

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.

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, 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: Paola Michelozzi

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.l.

Data _____

Firma _____

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