Regione Siciliana

CEFPAS

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

Protocollo nr.: 0008662
del 11/09/2014
Ente: CEFPAS
AOO:
20140008662

Al Dr. Mario Luigi Blandino

[redacted]

Le conferiamo l'incarico di *tutoring* dei *project work* elaborati dai partecipanti al corso "Moduli integrativi per Dirigenti sanitari in possesso del certificato di formazione manageriale DA 986/10" (codice corso D5224), che ha luogo a Catania, presso il PO di Acireale dell'ASP, con svolgimento dal mese di giugno al mese di novembre 2014.

Tale attività, per caratteristiche metodologiche prevede una revisione del progetto (vedi *griglia di valutazione referee*), inviato da ciascun partecipante attraverso strumenti telematici, ai fini della stesura della valutazione finale da sottoporre alla commissione esaminatrice in sede di colloquio conclusivo.

Eventuali richieste di chiarimento espresse dai corsisti saranno trasmesse alla S.V. dal responsabile del corso, dr. Davide Talamo.

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di valutazione comparativa, vista la sua iscrizione all'Albo permanente del CEFPAS, come previsto 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 e al quale si fa espresso rinvio.
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 1.200,00 (milleduecento/00) per la revisione di **n. 34** project work, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico.

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.

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, Davide Talamo, tel. 0934 5053827 e-mail: talamo@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

www.cefpas.it Cittadella Sant'Elia - via G. Mulè, 1 - 93100 Caltanissetta Tel. 0934 505215 Fax 0934 591266 - 505335 e-mail: cdf@cefpas.it
P.IVA 01427360852 Sede operativa Palermo c/o Assessorato Regionale della Salute via M. Vaccaro, 5 – 90145 Palermo

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**

• **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*

• **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)***

www.cefpas.it Cittadella Sant'Elia - via G. Mulè, 1 - 93100 Caltanissetta Tel. 0934 505215 Fax 0934 591266 - 505335 e-mail: cdf@cefpas.it
P.IVA 01427360852 Sede operativa Palermo c/o Assessorato Regionale della Salute via M. Vaccaro, 5 – 90145 Palermo