Regione Siciliana

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

Protocollo nr.: 0009303
del 30/09/2014
Ente: CEFPAS
AOO:

20140009303

Al Dott. Aldo Siscaro

[redacted]

Oggetto: Progetto "La simulazione di emergenza-urgenza per la qualità del governo clinico": conferimento dell'incarico di istruttore

Le conferiamo l'incarico di istruttore per complessive n. 8 ore, nel giorno 30 del mese di settembre 2014, relativamente al Corso di "Trauma base", della durata di 8 ore, attivato nell'ambito del progetto "La simulazione di emergenza-urgenza per la Qualità del governo clinico" che si svolgerà presso la sede del CEFPAS in Caltanissetta, dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00. Il suddetto incarico tiene conto dell'ordine di priorità stabilito dal Comitato Tecnico Scientifico del suindicato progetto, dello scorrimento dell'elenco (al fine di assicurare un'adeguata rotazione) e della disponibilità manifestata per le vie brevi dalla S.V.
L'incarico in argomento si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso che sarà corrisposto al netto delle ritenute di legge a Suo carico, è fissato in euro 25,00 (venticinque*/00*) lordi per ogni ora di effettivo svolgimento.
Il Centro provvederà al pranzo di lavoro durante lo svolgimento del corso.
Per la definizione dell'incarico andrà restituita a mezzo PEC oppure a mezzo fax la presente lettera, sottoscritta per accettazione alla lettera a). Inoltre, dovrà essere compilata e sottoscritta la dichiarazione di cui alla lettera b.
Ai sensi del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, art. 53, comma 7, in qualità di dipendente di una pubblica amministrazione, dovrà produrre l'autorizzazione dell'Ente di appartenenza prima dell'inizio dell'incarico conferito.
In caso di attività formativa rivolta a dipendenti della Pubblica amministrazione, ai sensi del comma 6, lett. f-bis) del succitato articolo 53, detta autorizzazione non dovrà essere resa, salve diverse previsioni regolamentari dell'Ente cui Lei appartiene. A tal fine andrà sottoscritta la dichiarazione autocertificativa di cui alla successiva lettera c).
Ultimato l'incarico dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante gli importi afferenti al compenso lordo spettante.
Per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde ai numeri 0934 505215 – fax 0934 594310.
Se avesse bisogno di contattare la responsabile delle attività formative, la dott.ssa Maria Giammarresi, si riportano i recapiti: 0934 505364 – e mail: giammarresi@cefpas.it.

Il Direttore del Centro
(Dott. Angelo Lomaglio)

MG

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*

• **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** _____

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