



Regione Siciliana



CEFPAS

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



Protocollo nr.: 0001016
del 03/02/2015
Ente: CEFPAS
A00:



Al Dr. Tommaso Mannone



Le conferiamo l'incarico di responsabile scientifico relativamente al corso "Prevenzione e gestione delle infezioni ossee e articolari" che avrà luogo a Palermo presso l'Aula Magna del P.O. Vincenzo Cervello nei giorni 17, 18 febbraio (H6465 - modulo base) e 3, 4 marzo 2015 (H6475 - modulo avanzato).

Il suddetto incarico le è conferito secondo quanto disposto con nota n. 2125 del 13.01.2015 dell'Assessorato regionale della Salute che la individua quale direttore scientifico del progetto formativo.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto, anche sulla base di quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del CEFPAS, è fissato in euro 350,00 (trecentocinquanta/00) per la responsabilità scientifica, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico. La corresponsione del compenso comprende la formulazione delle prove di valutazione di apprendimento nonché la verifica degli elaborati in caso di prove a risposta aperta.

Prima dell'espletamento dell'incarico, e ai fini del perfezionamento del suo conferimento, dovrà restituire, a mezzo e-mail oppure a mezzo fax, la dichiarazione allegata per gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di anticorruzione, debitamente compilata e firmata, oltre che la presente lettera, selezionando le voci di interesse e sottoscritta in calce.

Il Centro metterà a Sua disposizione l'ospitalità alberghiera e i pranzi di lavoro nelle giornate di riferimento del corso e procederà al rimborso delle spese sostenute secondo quanto stabilito dal regolamento su citato.

La invitiamo a consultare, per ogni ulteriore evenienza gli allegati alla presente (A, B, C, D, E) e curarne la compilazione per la parte di interesse.

Ultimato l'incarico, al fine di procedere al relativo versamento del corrispettivo, 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 (3294347431) e Luisa Savoca (3204342187) 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

Prevenzione e gestione delle infezioni ossee e articolari
17, 18 febbraio - 3, 4 marzo 2015 (H6465, H6475)
Docente: dr. Tommaso Mannone



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 (indicare l'Ente) _____
- di non essere dipendente di Ente Pubblico

• 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 sì, 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

- Sì No

• Dichiarazione informazioni curriculum

Dichiara, ai sensi del D.P.R. n.445/00, che tutte le informazioni contenute nel Curriculum vitae allegato al momento dell'iscrizione all'Albo Referenti scientifici/Docenti sono veritiere.

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)