Regione Siciliana

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

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ CERTIFICATO = UNI EN ISO 9001:2008 = SINCERT DNV

Protocollo nr.: 0000156
del 12/01/2015
Ente: CEFPAS
AOO:
20150000156

Al Dott. Benedetto Trobia
[redacted]

Dando seguito al protocollo di intesa stipulato in data 23 settembre 2014 fra il CEFPAS e l'ASP di Caltanissetta con la finalità di realizzare in sinergia un percorso formativo base sulla "Sicurezza nei luoghi di lavoro" e secondo quanto segnalato nella nota dell'ASP Caltanissetta ns. prot. n. 0011975 del 05/12/2014, Le conferiamo l'incarico di copywriter FAD (tutor) **per complessive n. 4 ore** relativamente al **Corso "FORMAZIONE PER NEO-ASSUNTI IN TEMA DI "SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO" PER LAVORATORI, PREPOSTI E DIRIGENTI" (L6204)**, che sarà erogato in modalità e-Learning su piattaforma tecnologica del CEFPAS "http://www.cefpaselearning.it" nel periodo Gennaio - Dicembre 2015.

Il suddetto incarico verrà espletato a titolo gratuito. 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 dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante gli importi di 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, Vanda E. Anzaldi tel. 0934/505808 e-mail anzaldi@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 (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 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**

• **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****)*

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