Regione Siciliana

CEFPAS

CERTIFICAZIONE DI SISTEMA QUALITÀ DNV·GL ISO 9001

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

Protocollo nr.: 0005812
del 03/06/2015
Ente: CEFPAS
AOO:

20150005812

Al Dr. Pasqualino Dolore
[redacted]

Le conferiamo l'incarico di docente per complessive n. 2 ore, nel giorno **8 luglio 2015**, relativamente al Modulo "Interventi socio sanitari rivolti alla persona anziana in ambiente ospedaliero" - Unità didattica E "*Attività assistenziali e sociali per la terza età*" del Corso di riqualificazione in operatore socio-sanitario (OSS1) num. 1 (codice corso S6224), che ha luogo a Caltanissetta presso la sede del Cefpas da marzo a ottobre 2015.

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, anche sulla base di quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del CEFPAS, è fissato in euro 80,00 (ottanta/00) per ogni ora effettiva di docenza, 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 e della successiva liquidazione del relativo compenso, dovrà restituire, a mezzo e - mail oppure a mezzo fax, la presente lettera debitamente compilata e firmata, selezionando le voci di interesse, adempiendo così a quanto previsto dalla normativa dell'anticorruzione (vedi di seguito *Dichiarazione normativa anticorruzione).*
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 il responsabile del corso, Roberta Arnone – tel 0934 505381 – mail arnone@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

GR

www.cefpas.it - via G. Mulè, 1 - 93100 CALTANISSETTA tel. 0934 505215 – fax 0934 591266 – e-mail: cdf@cefpas.it
Sede operativa di Palermo c/o Assessorato Regionale della Salute via M. Vaccaro, 5 – 90145 Palermo
tel. 091 7079361 P. IVA 01427360852

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

Il sottoscritto NOME _____ COGNOME _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) dichiara di avere preso visione del codice di comportamento del CEFPAS, adottato ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs 30/3/2001, n. 165 pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente DICHIARA

1. **Dichiarazione normativa anticorruzione** *(L. 6/11/12, n. 190 e D.Lgs 8/04/2013, n.39)*
   ☐ *di non incorrere nelle cause di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi previsti dal D.Lgs 8/4/13, n. 39, attuativo del'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190;*
   ☐ *di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 53, comma 14, D.Lgs 165/2001;*
   ☐ *di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi al mantenimento dell'incarico (art. 20 D.Lgs 39/2013);*
   ☐ *di impegnarsi a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale (nel caso di durata dell'incarico superiore ad un anno).*

Nel caso le dichiarazioni seguenti non venissero prodotte non sarà possibile confermare l'affidamento dell'incarico

DICHIARA inoltre
☐ *di essere dipendente di Ente Pubblico (indicare l'Ente)*_____
☐ *di non essere dipendente di Ente Pubblico*

2. **Autorizzazione Ente di appartenenza**
   ☐ *di produrre autorizzazione dell'Ente di appartenenza* ovvero
   ☐ *di essere esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, essendo l'attività formativa da espletare rivolta a dipendenti della PA, in base al comma 6, lett. f-bis art. 53 del D.lgs. 165/2001. Dichiaro, inoltre, che il suddetto Ente non prevede, nemmeno in sede di regolamento aziendale, una diversa disciplina al riguardo*
3. **Assenza Conflitto di interesse**
   In conformità all'art. 3.3 del Reg. Applicativo Accordo Stato-Regione del 5/11/ 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 PA, 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**
4. **Dichiarazioni Fiscali**
   ☐ *che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi art. 5 DPR 633/1972*
   ☐ *che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura*

5. **Richiesta crediti ECM attività di docenza**
   ☐ **Si** ☐ **No**
6. **Curriculum vitae**
   Dichiara, che tutte le informazioni contenute nel Curriculum vitae allegato al momento dell'iscrizione all'Albo Referenti scientifici/Docenti sono veritiere e ai sensi del D.Lgs 196/2003 autorizza il CEFPAS a trattarne e pubblicarne i dati contenuti.

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 - via G. Mulè, 1 - 93100 CALTANISSETTA tel. 0934 505215 – fax 0934 591266 – e-mail: cdf@cefpas.it
Sede operativa di Palermo c/o Assessorato Regionale della Salute via M. Vaccaro, 5 – 90145 Palermo
tel. 091 7079361 P. IVA 01427360852