Regione Siciliana

CEFPAS

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

Protocollo nr.: 0006175
del 11/06/2015
Ente: CEFPAS
AOO:

20150006175

**Al Dr. Michele Panzera**

[redacted]

A parziale rettifica della nota num.5755 del 28/05/2015 e come già anticipato per le vie brevi, relativamente al corso **La Gestione Delle Popolazioni Animali Domestiche, Sinantropiche E Selvatiche In Ambiente Urbano. Corso base per Medici Veterinari e operatori degli Enti locali** ed.2 (Z7445), l'incarico di docenza per complessive **2** ore si svolgerà il giorno 25 giugno 2015 e non più il 26 giugno.

Il Direttore della Formazione
Pier Sergio Caltabiano

A.C.



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

**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