



Regione Siciliana



CEFPAS



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

Protocollo nr. : 0005779  
del 29/05/2015  
Ente: CEFPAS  
A00:



20150005779

Alla Dr.ssa Carmela Stabile

Con la presente abbiamo il piacere di conferirle l'incarico di tutor aziendale per n. 9 ore, da distribuirsi nel periodo compreso dal giorno 1 al giorno 30 del mese di giugno 2015, relativamente allo Stage della seconda edizione del "Corso di formazione per assistenti familiari e familiari caregiver di soggetti affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) " (codice corso: SLAPA2), che avrà luogo presso l'UOC UTIR dell'Azienda Ospedaliera ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli.

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito della proposta di nominativi dei docenti da coinvolgere nella formazione SLA da parte dei referenti del Tavolo tecnico regionale; tale elenco costituisce parte integrante del progetto approvato con D.D. n. 157 dell'11/02/2014, dal Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali dell'Assessorato regionale della Famiglia. Elenco che è stato condiviso all'interno della convenzione tra il Cefpas e la dell'Azienda Ospedaliera ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli repertoriata da questo Centro con il n. 1728 del 14.04.2015.

Si specifica che, **le ore previste in questo incarico devono essere svolte fuori dall'orario di servizio.**

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile ed è fissato un compenso forfettario e onnicomprensivo di euro ventitré (23/00) per ogni ora di tutoraggio, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico.

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).

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.

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 3204347431 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

AI



Regione Siciliana



CEFPAS



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  
DICHARA

**1. Dichiarazione normativa anticorruzione (L. 6/11/12, n. 190 e D.Lgs 8/04/2013, n.39)**

- di non incorrere nelle cause di inconfirmità ed incompatibilità di incarichi previsti dal D.Lgs 8/4/13, n. 39, attuativo dell'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

DICHARA 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)