



Regione Siciliana



CEFPAS



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

Protocollo nr. : 0008386
del 09/09/2015
Ente: CEFPAS
AOO:



Al Dr. Piscitello Carmelo



Relativamente al corso **Formazione dei formatori - La cartella riabilitativa quale strumento per il governo dei processi assistenziali dell'area riabilitativa (E7515 - ECM N°428-2320)** che avrà luogo a Caltanissetta presso la sede del CEFPAS dall'8 al 10 settembre 2015, **Le conferiamo l'incarico di relatore per un intervento alla Tavola rotonda "La Presa in carico: Il contributo del singolo professionista al superamento del bisogno di salute nel lavoro di equipe"**, che si svolgerà il **giorno 10 settembre 2015** dalle ore 9.00 alle ore 11.00.

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.

Per tale attività, che si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile, è previsto un compenso di euro 50/00 (cinquanta/00) 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*).

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 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, Daniela Giordano 0934-505295; giordano@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

DG



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)



CURRICULUM VITAE

Art. 21, comma 1, della Legge 18 giugno 2009 n. 69

INFORMAZIONI PERSONALI

| | |
|--|--|
| COGNOME, Nome | PISCITELLO CARMELO |
| Data di nascita | [REDACTED] |
| Posto di lavoro e indirizzo | ARNAS CIVICO VIA CARMELO LAZZARO |
| Profilo professionale e data decorrenza con incarico attuale e data decorrenza | DIRETTORE U.O. FISIOTERAPIA E RECUPERO FUNZIONALE DAL 16/02/95 |
| Telefono lavoro | 091 - 6663114 |
| Fax lavoro | 091 - 6663114 |
| E-mail istituzionale | |
| n. matricola | 02013 |

ESPERIENZA LAVORATIVA

| | |
|--|---|
| • Date (da - a) | |
| • Nome e indirizzo del datore di lavoro | ARNAS CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI PIAZZA N. LEOTTA 4 PALERMO |
| • profilo professionale | ASSISTENTE DAL 31/08/1981 AL 11/07/1988 |
| • principali incarichi o mansioni svolte | GESTIONE DEL SERVIZIO DI FISIOTERAPIA OSPEDALE CIVICO |
| • profilo professionale | AIUTO CORRESPONSABILE DAL 12/07/1988 AL 16/02/1995 |
| • principali incarichi o mansioni svolte | DIRETTORE U.O. FISIOTERAPIA DAL 16/02/1995 A TUTT'OGGI |

ISTRUZIONE

Titolo di studio

| | |
|---|---|
| • Data | ANNO ACCADEMICO 1979 |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione | UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO |
| • titolo di studio | LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA |
| • note | <input type="checkbox"/> laurea breve o triennale; <input checked="" type="checkbox"/> laurea specialistica o vecchio ordinamento |

Eventuali altre lauree

| | |
|---|--|
| • Data | |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione | |
| • laurea | |
| • note | <input type="checkbox"/> laurea breve o triennale; <input type="checkbox"/> laurea specialistica o vecchio ordinamento |

Specializzazione post laurea

| | |
|---|------------------------------------|
| • Data | 21/12/1982 |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione | UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO |

| | |
|--------------------|---------------------------|
| • specializzazione | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
|--------------------|---------------------------|

Dottorato di ricerca

| | |
|---|--|
| • Data | |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione | |
| • dottorato di ricerca | |

Altri titoli post laurea

| | |
|---|--|
| • Data | |
| • Nome e tipo di istituto di istruzione | POLICLINICO S. ORSOLA DI BOLOGNA - UNIVERSITA' DEGLI STUDI |
| • titolo conseguito | TIROCINIO TEORICO-PRATICO FISIOTERAPIA E RECUPERO FUNZIONALE |

FORMAZIONE

| | |
|---|---|
| • Date (da - a) | 01/02/2004 |
| • Nome e tipo di istituto di formazione | SDA BOCCONI DI MILANO |
| • corso / tirocinio / aggiornamento | ATTESTATO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER PRIMARI PER L'ACCESSO AGLI INCARICHI RELATIVI ALLE FUNZIONI DI DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA |

CAPACITA' E COMPETENZE PERSONALI

LINGUE STRANIERE

| | |
|-----------|---|
| • lingua | FRANCESE |
| • livello | <input type="checkbox"/> eccellente / <input checked="" type="checkbox"/> buono / <input type="checkbox"/> elementare |

| | |
|-----------|--|
| • lingua | |
| • livello | <input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input type="checkbox"/> elementare |

COMPETENZE INFORMATICHE

| | |
|---|---|
| • Office (Word) | <input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare |
| • Office (Excel) | <input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare |
| • Office (Access) | <input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input type="checkbox"/> elementare |
| • Internet (navigazione, posta elettronica) | <input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input checked="" type="checkbox"/> elementare |
| • Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> eccellente / <input type="checkbox"/> buono / <input type="checkbox"/> elementare |

PUBBLICAZIONI

| | |
|-----------------------|---|
| • anno/titolo/editore | 1981 - VARIAZIONI DEL PROTIDOGRAMMA PROTEICO NEI REUMATISMI CRONICI |
| • anno/titolo/editore | |

ALTRE INFORMAZIONI

| | |
|---|--|
| • | |
| • | |

Il sottoscritt, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/11/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

| | |
|---------------|---------------------------|
| data 23/11/09 | firma <i>Luca Pirella</i> |
|---------------|---------------------------|

J