



Regione Siciliana



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

Protocollo nr. : 0008398
del 09/09/2015
Ente: CEFPAS
A00:



Al Dr. Giuseppe Palazzo



Le conferiamo l'incarico di formatore per complessive n. 8 ore, nei giorni 21 - 22 ottobre 2015, relativamente alla 27ª edizione del corso "ACLS" (A7365 - riferimento ECM 428-1726) attivato nell'ambito del Progetto regionale "Rete per l'Infarto Miocardico Acuto in Sicilia (IMA)", che avrà luogo a Caltanissetta presso la sede del CEFPAS.

Il suddetto incarico Le viene attribuito tenuto conto che Lei è stato individuato dall'Assessorato regionale della salute, come da nota prot./area interd. 7/n. 43989 del 29/05/2012, in qualità di Responsabile scientifico del corso ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) all'interno delle "Rete IMA" (DA 09.06.2011, n. 1063, pubblicato nella GURS 24.06.2011), 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, è fissato in euro 100,00 (cento/00) per ogni ora 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, 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, Francesca Di Gregorio, tel.0934 505222, e - mail digregorio@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



Regione Siciliana



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:

- Sì (se sì, 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

- Sì 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)

F.D.
ACLS
21 -22 ottobre 2015 Caltanissetta (A7365 - riferimento ECM 428-1726)
Docente: Giuseppe Palazzo

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

A 4365



Curriculum Vitae Europass

Inserire una fotografia (facoltativo, v. istruzioni)

Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) Giuseppe Palazzo

Indirizzo(i)

Telefono(i)

Fax

E-mail

Cittadinanza italiana

Data di nascita

Sesso

Occupazione desiderata/Settore professionale Medico Ospedaliero
Specialista Cardiologia

Esperienza professionale Dirigente medico ospedaliero specialista in cardiologia, Specialista medicina dello Sport

Date Dall'1/12/88

Lavoro o posizione ricoperti Dirigente medico ospedaliero

Principali attività e responsabilità Incarico di rilevante professionalità(Q1) per "il trattamento del paziente critico nella terapia intensiva cardiologica" dell'UTIC dell'A.O. Cannizzaro Catania

Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda Ospedaliera Cannizzaro Catania via Messina 829

Tipo di attività o settore Divisione di Cardiologia Utic

Istruzione e formazione

Date

Titolo della qualifica rilasciata Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazioni in Cardiologia e Medicina dello Sport

Principali tematiche/competenze professionali possedute Terapia intensiva cardiologica, ecocardiografia, cardiologia clinica.

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Università degli studi di Catania, Facoltà di Medicina e Chirurgia

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

Capacità e competenze personali Abitudine come formatore nel settore dell'emergenza
Istruttore e Direttore di Corso BLS-D ed ACLS ANMCO-American Heart-Association

Madrelingua(e) Italiana

Altra(e) lingua(e) Inglese

Autovalutazione

Livello europeo (*)

Lingua

Lingua

	Comprensione		Parlato		Scritto
	Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
Lingua	Livello intermedio	Livello intermedio	Livello intermedio	Livello intermedio	Livello intermedio
Lingua					

(*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue

Capacità e competenze sociali Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

- Capacità e competenze organizzative | Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
- Capacità e competenze tecniche | Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
- Capacità e competenze informatiche | Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
- Capacità e competenze artistiche | Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
- Altre capacità e competenze | Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
- Patente | Indicare la(e) patente(i) di cui siete titolari precisandone la categoria. (facoltativo, v. istruzioni)
- Ulteriori informazioni | Inserire qui ogni altra informazione utile, ad esempio persone di riferimento, referenze, ecc. (facoltativo, v. istruzioni)
- Allegati | Enumerare gli allegati al CV. (facoltativo, v. istruzioni)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 159 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (facoltativo) *24.11.2014 Giuseppe Pelazzo*

Firma | Giuseppe Pelazzo

28.11.2014

Giuseppe Pelazzo

[Handwritten mark]